IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Volume XLI - Anno 1934

ROMA
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1934

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per l'anno 1934

Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Amantea dott. Fausto - Roma.
Andreotti dott. Aniello - Ponticelli.
Ascarelli prof. Attilio - Roma.
Baggio prof. Gino - Cagliari.
Ballati dott. Giuseppe - Caltanissetta.
Bani dott. Ugo - Roma.
Barbera dott. Giuseppe - Roma.
Barbieri dott. Delfino - Pavia.
Baronci dott. Giovanni - Roma.
Bastianelli prof. Pietro - S. Giovanni Valdarno.
Beggi dott. Domenico - Pisa.
Bettini dott. Dante - Udine.
Biagi dott. Pietro . Pisa.
Biancalana prof. Luigi . Torino.
Biondo dott. Antonino - Roma.
Blefari Melazzi dott. Teofilo - Roma.
Bocchetti prof. Federigo - Roma.
Boldyreff dott. Ephraim B. - Battle Creek, Michigan.
Bonadies dott. Antonio - Roma.
Bonoli dott. Pio Livio - Rimini.
Bosi dott. Pio - Correggio.
Bottaliga dott. Mario - Roma.
Bravetti dott. Silvano - Abbazia.
Buonomo La Rossa dott. Francesco - Napoli.
Calò dott. Aldo - Roma.
Canella dott. Carlo - Ferrara.
Capaldo dott. Luigi - Longiano.
Cardi dott. Giulio - Molinella.
Carito Scamarcio dott. Francesco - Ponticelli.
Cassuto prof. Augusto - Roma.
Catterina prof. Attilio - Genova.
Cavina prof. Giovanni - Firenze.
Cengiarotti dott. G. B. - Padova.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chini prof. Virgilio - Roma.
Chiti dott. Guglielmo - Pisa.
Ciarrocchi dott. Luigi - Roma.
Confalonieri dott. Dario - Molina di Ledro.
Conte dott. Giannino - San Bellino.
Corrado dott. M. - Genova.
Crainz dott. Franco - Roma.
D'Agata prof. Giuseppe - Messina.
D'Alessandro dott. Raffaele - Firenze.
Dalla Palma dott. Antonio - Crespano del Grappa.
Dalla Palma prof. Modesto - Feltre.
Dalla Rosa dott. Ciro - Cremona.
Dal Prato dott. Carlo - Porto Sangiorgio.
D'Amico dott. Mario - Roma.
D'Angelo dott. Francesco - Palermo.
De Antoni dott. Vittorio - Roma.
De Candia prof. Silvio - Genova.
D'Erchia prof. Florenzo - Bari.
De Sanctis prof. Sante - Roma.
Dettori dott. Luigi - Pisa.
Di Mauro dott. Salvatore - Catania.
Dionigi dott. Arnaldo - Cesena.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Egidi prof. Guido - Roma.
Emiliani dott. Pietro - Dovadola.
Enderle dott. Carlo - Roma.
Faberi prof. Mario - Roma.
Fabris dott. Augusto - Roma.
Facci Tosatti dott. Franco - Pavia.
Fanelli dott. Nino Giorgio - Galliera.
Ferrannini prof. Luigi - Bari.
Ferretti dott. Lorenzo - Roma.
Ferretti dott. Tito - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorini dott. Ennio - Tregnago.
Franchetti prof. Augusto - Roma.
Frattin prof. Giuseppe - Modena.
Frola dott. Enrico - Genova.
Frugoni prof. Cesare - Roma.
Fumi dott. Carlo - Roma.
Galdi prof. Francesco - Pisa.
Galli dott. Romeo - Bologna.
Gasbarrini prof. Antonio - Padova.
Gatti prof. Gerolamo - Firenze.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Gianni dott. Giuseppe - Bologna.
Gioja dott. Edoardo - Pavia.
Giordano prof. Giacinto - Chieri.
Gordon dott. Hirsch Loeb - Roma.
Gualdi dott. Augusto - Roma.
Gucci dott. Giuseppe - S. Gimignano.
Guerrieri dott. Tito - Imola.
Impiombato dott. Gastone - Roma.
Jesu dott. Gavino - Napoli.
Jona prof. Giuseppe - Venezia.
Jura prof. Vincenzo - Roma.
Katzilambros dott. Lampros - Atene.
La Cava dott. Giuseppe - Roma.
Lanzerini prof. Arturo - Bologna.
Legiardi Lanza dott. C. - New York.
Liverani dott. Ettore - Roma.
Lolli dott. Giorgio - Roma.
Luccarelli prof. Vincenzo - Viadana.
Lucchese dott. Giuseppe - Figline Valdarno.
Lucherini prof. Tommaso - Roma.
Lusena prof. Marcello - Roma.
Lusena dott. Renato - Roma.
Maccone dott. Vincenzo - Palermo.
Magnani dott. Francesco - Bozzolo.
Manca dott. Serafino - Roma.
Mangione dott. Gaetano - Padova.
Margottini dott. Mario - Roma.
Marinacci prof. Sertorio - Chieti.
Mariotti dott. Biagio - Tivoli.
Marzetti dott. Vincenzo - Roma.
Matarese dott. Vincenzo - Roma.
Memmi dott. Renato - Roma.
Milani dott. Guido - Bologna.
Molinari Tosatti dott. Piero - Roma.
Monacelli prof. Mario - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Moschini dott. Mario - Roma.
Mussa dott. Giovanni - Ciriè.
Niosi prof. Francesco - Pisa.
Omizzolo dott. F. Bruno - Aspromonte.
Pacetto prof. Giovanni - Roma.
Paggi dott. Bruno - Roma.
Palazzi dott. Giuseppe - Bracciano.
Palombelli dott. Ugo - Roma.
Palumbo prof. Vincenzo - Firenze.
Panagia dott. Antonino - Roma.
Papa dott. Ugo - Macerata.
Perardi dott. Giovanni - Cuorgnè.
Perri dott. Costantino - Miglierina.
Petta prof. Giorgio - Feltre.
Picardi dott. Giovanni - Roma.
Picardi dott. Biagio - Sarnano.
Picasso dott. Vittorio - Pisa.
Pichezzi dott. Lupo - Roma.
Pieri prof. Gino - Belluno.
Pittiani dott. Giovanni - Brescia.
Polizzi dott. Salvatore - Asolo.
Pollitzer prof. Renato - Roma.
Pozzi prof. Arnaldo - Roma.
Primangeli dott. Rodolfo - Roma.
Puddu dott. Vittorio - Roma.
Quattrocchi dott. Aldo - Pesaro.
Ravenna prof. Ferruccio - Ferrara.
Rebucci dott. Uberto - Bologna.
Regoli dott. Giuseppe - Bergamo.
Rizzo dott. Giovanni - Roma.
Romano dott. Salvatore - Bari.
Romiti dott. G. - Pescia.
Rongoni dott. Luigi - Fermo.
Rossi prof. Carlo - Palermo.
Rubinato prof. Giovanni - Treviso.
Ruggeri dott. Mariano - Bracciano.
Sabatini dott. Nicola - Siena.
Sai dott. G. - Trieste.
Samaja dott. Rubino - Bergamo.
Savagnone dott. Lucio - Palermo.
Scavo dott. Emanuele - Roma.
Schiassi prof. Benedetto - Bologna.
Schiavo dott. Edmondo - Milano.
Schneider dott. Italo - Pavia.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Serio prof. Francesco - Palermo.
Serra prof. Vittorio - Roma.
Sestini prof. Corrado - Pescia.
Sordelli prof. Alfredo - Buenos Ayres.
Spampinato dott. Carmelo - Roma.
Starna dott. Alberto - Roma.
Torchiana prof. Luigi - Portoferraio.
Tosonotti dott. Tito - Genova-Sampierdarena.
Taddei prof. Domenico - Firenze.
Tassone dott. Umberto - Rossano.
Tassi dott. Dante - Firenze.
Trogu dott. Gaetano - Orvieto.
Tronchetti dott. Fabio - Pisa.
Valdoni prof. Piero - Roma.
Valenzi dott. Alessandro - Roma.
Vannucci prof. Dino - Sao Paulo.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vicentini dott. Fernando - Roma.
Winternitz prof. Leopoldo - Trieste.
Zachs dott. C - Aspromonte.
Zanetti prof. Giovanni - Brescello.
Zappalà dott. Gaetano - Roma.
Zingale dott. Michele - Firenze.

INDICE GENERALE

VOLUME XLI - 1934

Indice per rubrica

LEZIONI - PROLUSIONI - CONFERENZE.

Pag.

FERRANNINI L.: Un caso di gastrite luetica ulcerata . 283
FRUGONI C.: Caso di periviscerite 1637
GALDI F.: Diabete e colecistite litiasica 1121
GASBARRINI A.: Ematuria di origine oscura 203
GASBARRINI A.: L'attività scientifica della Clinica medica di Padova nell'anno scolastico 1932-33 . 1761
GASBARRINI A.: Pancreatite cronica 923
JONA G.: Sinfisi cardiaca. Operazione di Brauer . 1597
SORDELLI A.: Gli antigeni complessi 1003
TADDEI D.: Apofisite superiore del femore (gran trocantere) 805
TADDEI D.: Il problema dell'appendicite cronica . 123

LAVORI ORIGINALI. NOTE PREVENTIVE.

AMANTEA F.: Azione del rosso Congo sulla piastrinemia e sull'eritropoiesi 643
AMANTEA F.: Osservazioni batteriologiche sulla bile umana, con particolare riguardo allo streptococco 243
BEGGI D. e DETTORI L.: Ricerche sperimentali sull'azione diuretica della Cynara scolymus 489
BARBÉRA G.: La funzionalità epatica nei tubercolotici 1966
BARBIERI D. e FACCI TOSATTI F.: Ricerche sulla colecistografia rapida 963
BIONDO A.: Sul valore diagnostico e prognostico della reazione di Takata Ara nel siero di sangue dei malati di fegato 1681
BOLDYREFF E. B.: La secrezione esterna del pancreas e il trattamento del diabete mellito . . . 1558
CATTERINA A.: L'operazione di Bassini e i procedimenti di Brenner, Hackenbruch-Drüner, Schmieden e Kirschner 291
CHIASSERINI A.: L'esplorazione della regione chiasmatico-ipofisaria per via temporo-frontale previa cranio-resezione osteoplastica bilaterale . . 403
CHIASSERINI A.: Tentativi di cura in casi di paraplegia da lesione del midollo lombare consecutiva a frattura vertebrale. (Anastomosi radiculo-intercostale) 603
CHITI G.: Ricerche sui vari tipi sierologici di pneumococco nelle affezioni polmonitiche 443
D'AGATA G.: Appare giustificato l'impiego dei tendini artificiali in seta nelle paralisi degli arti? 209
D'ALESSANDRO R.: La banda di coagulazione (Koagulationsband) secondo Weltmann nelle pleuriti 523
DE ANTONI V.: Variazioni della « Brucella melitensis » nel malato 131
DE CANDIA S. e FROLA E.: Ricerche sperimentali sull'azione dell'ormone corticale nelle infezioni acute 83
ENDERLE C.: La diagnosi dei tumori extradurali del midollo spinale 483

Pag.

FRATTIN G.: Cenni sui concetti informativi dell'operazione di Bassini 723
GALLI R.: Sulla pretesa azione peristaltogena dell'argento colloidale introdotto in cavità peritoneale durante le laparatomie 363
JESU G.: Azione del fenolo sul connettivo e sui muscoli del coniglio 1201
KATZILAMBROS L.: Le modificazioni del reperto ascoltatorio del polmone sotto l'influenza di sostanze ad azione vagosimpatica 931
LOLLI G.: L'esame della funzionalità pancreatica a mezzo della determinazione della diastasi nel sangue 1397
LUSENA R.: Colecistografia rapida con atophanyl 1161
MARGOTTINI M.: Il taglio cesareo transperitoneale in anestesia locale 563
MARZETTI V.: La diatesi pancreatica nello stato gravidico 1651
PICARDI G.: La colesterinemia nei traumatizzati . 1477
PIERI G.: Su alcuni punti dolorosi epigastrici nelle affezioni dello stomaco 1051
RAVENNA F. e CANELLA C.: Una forma nuova di grave anemia infantile associata ad osteoporosi diffusa 807
ROMANO S.: La glicemia e la curva glicemica nei diversi periodi delle cardiopatie, con e senza insulina 1841
ROSSI C.: Su la patogenesi delle pancreatiti croniche 323
SAVAGNONE L.: Influenza del calcio sul contenuto in piastrine del sangue 763
SCHNEIDER I.: Studio sul riassorbimento cutaneo mediante la prova di Donath e Tanne, in condizioni varie 163
SERIO F.: Quando l'istituzione di un pneumotorace omolaterale deve ritenersi impossibile? 883
TASSI D.: Valore della puntura esplorativa ad esito negativo nelle appendiciti suppurative 2005

NOTE E CONTRIBUTI.

BAGGIO G.: Per il muscolo retto nell'operazione dell'ernia inguinale 1010
BANI U.: Azotemia ed indice di acidosi esaminate comparativamente per il valore prognostico degli operandi 51
BARONE G.: Considerazioni sulle emottisi dell'infanzia 2015
BETTINI D.: Primi risultati di terapia della tubercolosi laringea con estratti tiroidei 135
BONADIES A.: Contributo alla diagnostica della gastrite cronica 1921
CAPALDO L.: Sui caratteri clinici differenziali della pleurite tubercolare in rapporto ai vari momenti dell'infezione 91
CASSUTO A.: Calcoli vescicali secondari a operazioni ostetriche e ginecologiche 1092

Pag.

CAVINA G.: Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica post-operatoria 530
CIARROCCHI L.: Sul complesso primario tubercolare cutaneo del Bruusgaard 448
D'ANGELO F.: Intorno alla cura delle emottisi col metodo Giuffrida 566
DI MAURO S.: Rilievi neurologici sulla dissimetria del corpo umano 1685
FABERI M. e FUMI C.: Sulla radioterapia della meningite tubercolare 607
FABRIS A.: Note semeiologiche sull'area di ipofonesi paravertebrale nella frenicoexeresi 966
GUCCI G.: Sopra il trattamento delle ferite del seno longitudinale superiore 414
LA CAVA G.: Rachianestesia e paralisi progressiva 1206
LIVERANI E.: L'istituzione di un pneumotorace nella polmonite lobare non è nè razionale nè utile . . 1357
LUCHERINI T.: Tentativo di cura dell'ittero emolitico a mezzo del biossido colloidale di thorio (thorotrast) 1318
MANGIONE G.: Indicazioni e tecnica della simpaticectomia lombare extraperitoneale 1281
MATARESE V.: La cura della polmonite crupale col pneumotorace artificiale 1362
MILANI G.: Sulle nuove concezioni della patogenesi della parotite 329
MOSCHINI M.: Shock da calcio; terapia e profilassi 166
OMIZZOLO F. B. e ZACH C.: Circa il valore della reazione biologica proposta da V. C. Piazza per l'antigenuria tubercolare 1163
PAGGI B.: Due anni di osservazioni cliniche, radiologiche e biologiche nel caso di osteodistrofia fibrosa generalizzata di Frugoni e Alessandri . 1604
PANAGIA A.: I protozoi parassiti intestinali dell'uomo in 500 esami consecutivi di feci, eseguiti nell'Istituto di Parassitologia Medica di Roma . . . 368
PUDDU V.: Un caso di sclerodermia con calcificazioni operato di paratiroidectomia 1801
REBUCCI U.: Di alcuni segni obbiettivi rivelatori di lesione organica negli antichi commozionati cerebrali 843
ROMANO S.: Alcune considerazioni sul meccanismo di azione della frenicoexeresi 1517
ROMITI G. e SESTINI C.: La spirochetosi nei lavoratori della palude di Fucecchio 1248
RONGONI L.: La röntgenterapia nella Leishmaniosi cutanea 1480
RUBINATO G.: Sul significato clinico e sul valore prognostico dell'agranulocitosi nelle infezioni . 7
SCHIAVO E.: Sulla terapia ovarica dell'emofilia . . 1881
SPAMPINATO C.: Le tiroiditi acute 1721
STARNA A.: Osteomalacia e calciopessi 1437
TRONCHETTI F.: Il pneumotorace spontaneo . . 683, 728
WINTERNITZ L.: Contributo alla conoscenza dell'ittero epatico 1399
ZAPPALÀ G.: Sulla patogenesi e sulla cura delle cefalee che seguono la rachianestesia . . . 891, 933

OSSERVAZIONI CLINICHE.

AMANTEA F.: Su di un caso di amebiasi acuta . . 1560
AMANTEA F.: Su d'un caso di psicosi da intossicazione cronica da aceto-arsenito di rame (verde di Schweinfurt) 407
BALLATI G.: Due ernie epigastriche, di cui una strozzata, contenenti il legamento rotondo del fegato 972
BIAGI P.: Su di un caso di lussazione posteriore monolaterale della mandibola 570

Pag.

BIONDO S.: Su un caso di torsione della milza sul peduncolo con sindrome appendicolare acuta 650
BLEFARI MELAZZI T.: Discussione clinico-radiologica su due casi di tumore della testa del pancreas 689
BLEFARI MELAZZI T.: Su due casi di polipo gastrico 767
BONOLI P. L.: Meningite tubercolare cerebrale e sindrome di Froin 2022
BOTTALIGA M.: Bronchite pseudo-fibrinosa con eosinofilia 611
BOTTALIGA M.: Un'osservazione di ittero epidemico (Così detto ittero catarrale) a decorso prolungato e con ascite. Guarigione 2
BRAVETTI S.: Contributo clinico allo studio della sintonia patologica dell'addome destro in rapporto al vagotonismo 494
CARDI G.: Considerazioni sopra un caso di amputazione spontanea dell'appendice 1733
CENGIAROTTI G. B.: Sul sintoma descritto dal Comolli nelle fratture di scapola 1890
CONFALONIERI D.: Le malattie di Perthes e di Osgood-Schlatter dal punto di vista della diagnosi differenziale con la tbc. articolare 1211
CORRADO M.: Paralisi dell'accomodazione ed influenza 1083
CRAINZ F.: Un caso di lipoma puro intraparotideo congenito 1406
DALLA PALMA A.: Considerazioni sopra un caso di diverticoli del digiuno 775
DALLA PALMA M.: Sull'infarto cardiaco a sintomatologia addominale 1369
D'AMICO M.: Brevi note su di un caso di paratifo C 5
D'ERCHIA F.: Carcinoma primitivo dell'ovaio in ventenne? 1443
EMILIANI P.: Contemporanea presenza delle tre varietà di ernia inguinale 1844
FABERI M.: La sindrome di Hand-Schüller-Christian 1770
FANELLI N. G.: Contributo alla conoscenza della apoplessia reumatica 137
FIORINI: Paraplegia in scoliotico 937
GIORDANO G.: Inflessione ad angolo acuto del colon trasverso per rovesciamento e fissazione dell'omento all'arco costale sinistro 1172
GUALDI A.: La lipodistrofia progressiva (Malattia di Barraquer-Simons) 885
GUCCI G.: Trazione scheletrica con filo in frattura viziosamente consolidata 247
GUERRIERI T.: Calcificazione sottocutanea del pene in diabetico con ipercalcemia (iperparatiroidismo?) 1981
IMPIOMBATO G.: Tumori della prostata e della vescica e loro trattamento chirurgico e roentgenterapico 326
LUCCHESE G.: Rottura traumatica dell'uretra posteriore con estesa perdita di sostanza 1610
MACCONE V.: Empiema putrido pneumotoracico e myiasi secondaria 1656
MAGNANI F.: Manovre abortive in un caso di gravidanza doppia intra- ed extrauterina contemporanea 1933
MANCA S.: Emiplegia totale sinistra da meningoencefalite della plerolandica di natura influenzale 41
MARINACCI S.: Endoarterite obliterante 1687
MARIOTTI B.: Contributo clinico alla peritonite cronica incapsulante 852
MARIOTTI B.: Un caso di sierosite circoscritta sottojaksoniana 656

Pag.

MEMMI R.: Un caso di cardiospasmo, esofagite esfoliativa e diverticoli esofagei 770
MONACELLI M.: Il primo caso di leishmaniosi cutanea autoctona nella provincia di Forlì 813
PALAZZI G. e RUGGERI M.: Un caso di sutura del cuore 462
PALOMBELLI U.: Porpora emorragica semplice da paratifo B in soggetto affetto da avitaminosi latente 1482
PAPA U.: Ernie strozzate ed enterorragie 967
PICARDI B.: Su di un caso di echinococcosi dei muscoli della regione lombare 533
PICASSO V. e DETTORI L.: Su di un caso di brucellosi a decorso atipico 1013
PICASSO V. e DETTORI L.: Su di un caso di febbre ghiandolare di Pfeiffer 1565
PITTIANI G.: Ascesso polmonare in luetico. Trattamento broncoscopico e cura specifica. Guarigione 1807
POLIZZI S.: Peritonite cronica incapsulante 847
PRIMANGELI R.: Contributo clinico allo studio della pleurite colesterinica 1128
PRIMANGELI R.: Polinevrite da B-avitaminosi con fistola gastro-digiuno-colica 1250
QUATTROCCHI A.: Occlusione intestinale acuta da annodamento dell'appendice cecale affetta da cisti mucosa dell'apice 1169
REGOLI G.: Sul valore relativo della pressione endopleurica per il pneumotorace emostatico . . . 372
RIZZO G.: Fistola addominale da corpo estraneo . 1056
SABATINI N.: Contributo casistico alla diagnosi degli ascessi epatici 85
SAI G.: Neuralgia intercostale sintomatica di ulcera gastrica e duodenale 168
SAMAJA R.: Su di un caso di acroparestesia 1321
TASSONE U.: Un caso di morbo di Kahler e difficoltà diagnostiche nel suo esordio 733
TORCHIANA L.: Contributo allo studio dell'appendicite pelvica 647
TOSONOTTI T.: Sopra un caso di cosidetta « appendicite verminosa » 1726
TROGU G.: La rachianestesia percainica nel taglio cesareo 298
VANNUCCI D.: Crisi occlusive intestinali recidivanti per ciste linfatica entero-mesenterica in portatore di anchilostomiasi 1520
ZANETTI G.: Considerazioni circa un diverticolo vescicale rinvenuto durante operazione per ernia inguinale. (Diverticulectomia; guarigione) . . . 210

DALLA PRATICA CORRENTE.

CONTE G.: Appendicite tifosa: le tonsille nella patogenesi dell'appendicite 1503
DIONIGI A.: Grave intossicazione da estratto di tabacco determinatasi per via percutanea 25
MUSSA G.: Un nuovo caso di urto toraco-polmonare in pneumotorace terapeutico 1709
PERARDI G.: Ematomielia traumatica 1995
PERARDI G.: Le fratture dello scafoide del carpo . 1827
PERARDI G.: Su un caso di fistola perianale da corpo estraneo 1668
PERARDI G.: Su un caso di ileo riflesso in colica da litiasi reno-ureterale 1582
PERRI C.: Un caso di leishmaniosi interna in una bambina di 5 anni con ittero grave 269
VALENZI A.: Emorragie vaginali da ustioni da permanganato di potassio in pastiglie, introdotto a scopo abortivo 227

MEDICINA SOCIALE.

Pag.

ANDREOTTI A. e CARITO SCAMARCIO F.: L'anchilostomiasi alle porte di Napoli 54
GIANNI G: Lo sviluppo infantile in relazione al nuoto 174
PERARDI G.: I portatori del bacillo di Eberth nelle endemie tifiche 253
POZZI A.: La malaria nell'Agro Pontino durante il 1933 1025

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

BOSI P.: Contributo alla chirurgia delle ossa. Un nuovo passalacci 335
LANZERINI A.: Il toracimetro differenziale a ritorno automatico 212
PICARDI B.: Sull'uso di una cannula cedevole per tracheotomizzati 458

TECNICA CHIRURGICA.

DALLA ROSA C.: Di un provvedimento chirurgico contro le emorragie gastriche postoperative . . 1132
EGIDI G.: Considerazioni sulla tecnica della craniotomia. Un nuovo craniotomo 1975
PETTA G.: Sul tubo a dimora e perduto nel coledoco 693
QUATTROCCHI A: Di una modifica al metodo Postempsky per la cura radicale dell'ernia inguinale 1447
SCAVO E.: Su un artifizio di tecnica per l'estrazione degli aghi ritenuti in alcune parti del corpo 816, 1570

STUDI RIASSUNTIVI - RIVISTE GENERALI. QUESTIONI E PROBLEMI D'ATTUALITA'.

ALESSANDRINI P.: Vedute attuali in tema di gastrite cronica 572
CHINI V. e LUSENA M.: La patologia del reumatismo dal punto di vista dell'eziologia streptococcica e dell'infezione focale 1241, 1287
DRAGOTTI G.: L'iperinsulinismo spontaneo. (Nuova sindrome definita) 176
FILIPPINI A.: Gli alimenti proteici nel diabete mellito 1955
FILIPPINI A.: L'acqua pesante 862
FILIPPINI A.: La malaria nelle scimmie 1382
LOLLI G.: Il ricambio del cloro 374
LUCARELLI V.: Sulle acque radioattivate artificialmente 1531
MONTESANO V.: Dermatosi pigmentaria progressiva di Schamberg 1448
PALUMBO V.: La clinica nella scelta della tecnica per la migliore selezione delle irradiazioni . . . 336
PICHEZZI L.: Determinismo del sesso 695
PICHEZZI L.: La costituzione e i fenomeni vitali . 490
SFRRA V.: Direttive moderne nella terapia delle nefropatie 1043
ZINGALE M.: Linfatismo e costituzione 255

RICONOSCIMENTI.

LA REDAZIONE: L'attività chirurgica italiana nel giudizio di E. Forgue 1774

TRIBUNA LIBERA. RILIEVI E COMMENTI - RIVENDICAZIONI.

BAGGIO G.: A conforto della teoria traumatico-digestiva sulla patogenesi dell'ulcera gastrica o duodenale 455

Pag.

BAGGIO G.: Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica post-operatoria 1736
BAGGIO G.: Per favorire la ricerca delle relazioni patologiche fra vie biliari e stomaco 1096
BAGGIO G.: Per l'emostasi diretta nella sottomucosa gastrica 1294
BASTIANELLI P.: Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica post-operatoria 1736
BIANCALANA L.: Sul valore degli emoinnesti 98
CATTERINA A.: Cenni sui concetti informativi dell'operazione di Bassini 1325
CATTERINA A.: Modificazioni e tecnica di chirurgi italiani riguardanti l'operazione di Bassini . . 1326
CAVINA G.: Ancora in tema di emorragie gastriche post-operatorie 1376
CAVINA G.: Sempre in tema di emorragia gastrica postoperatoria 1614
CHIASSERINI A.: A proposito dell'articolo del prof. Cavina: « Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica postoperatoria » 697
DAL PRATO C.: Sulla pretesa azione peristaltogena dell'argento colloidale introdotto in cavità peritoneale 535
GIOJA E.: A proposito della nota del prof. G. Cavina: « Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica » 1529
LEGIARDI LAURA C.: A proposito della produzione di antiormoni ed in special modo della cura del diabete pancreatico con antiormone ipofisario . . . 1217
LUCCARELLI V.: A proposito di provvedimenti chirurgici contro le emorragie gastriche post-operatorie 1255
NIOSI F.: Sulla allacciatura dei vasi sottomucosi e sull'abolizione della stasi nelle operazioni gastriche 1527
SCHIASSI B.: Sul valore degli emoinnesti 99

STORIA DELLA MEDICINA.

GORDON H. L.: L'emofilia. Il morbo di Simeone ben Gamaliele II 1486
GORDON H. L.: Mattia ben Haresh, medico romano del primo secolo 622

ACCADEMIE, CONGRESSI, SOCIETA'.

Accademia (R.) dei Fisiocritici di Siena . . . 149, 548, 589, 747, 790
Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara 508, 828, 868, 1146, 1544
Accademia (R.) delle Scienze Mediche di Palermo. 625, 868, 1144
Accademia (R.) delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli 746, 907, 1344, 1666
Accademia (R.) di Medicina di Torino . . . 347, 988, 1306, 1346, 1423, 1460
Accademia Lancisiana di Roma 24, 951, 1227, 1265, 1305, 1903
Accademia (R.) Medica di Roma 1226, 1264, 1304, 1386, 1422
Accademia Medico-Fisica Fiorentina 107, 349, 626, 1030, 1227, 1265
Accademia Pugliese di Scienze 65, 107, 268, 546, 789, 989, 1072, 1307, 1425
Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti 1345
Clinica Medica di Catania 108
Conferenza (IX) Internazionale per la lotta contro la tubercolosi 1543
Conferenza Scientifica Internazionale sul reumatismo cronico 1625
Congresso (XLI) della Società Italiana di Chirurgia 1747, 1784, 1822, 1858, 1903, 1952
Congresso (XL) della Società Italiana di Medicina Interna 1701, 1743, 1781, 1818, 1855, 1900, 1944
Congresso (XI) della Società Italiana di Radiologia Medica 1623
Congresso (XIII) della Società Italiana di Urologia 1861, 1907
Congresso (IV) Internazionale contro il Reumatismo 948
Congresso (XIX) Internazionale di Medicina Legale e Sociale di Lingua Francese 1070
Congresso (II) Internazionale di Medicina sportiva 1748
Ospedale di S. Spirito in Sassia, Roma 310
Società Lombarda di Medicina 588, 712
Società Medico-Chirurgica di Bologna . . . 907, 1346, 1387, 1460, 1500
Società Medico-Chirurgica di Catania . . 65, 348, 386, 507, 1030, 1107, 1145, 1187, 1228, 1424, 1462, 1501
Società Medico-Chirurgica di Modena 590, 791, 1146, 1426
Società Medico-Chirurgica di Padova 1461, 1500
Società Medico-Chirurgica di Pavia . . . 24, 348, 546, 712, 1071, 1107, 1346, 1423, 1463
Società Medico-Chirurgica di Pisa 66, 109, 349, 549, 589, 1146, 1307, 1463, 1502
Società Medico-Chirurgica Veneziana 108, 226, 627, 746, 908, 1266
Società Piemontese di Chirurgia 1345
Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali . 1266

SERVIZI IGIENICO-SANITARI. RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

FRANCHETTI A.: Il regolamento per l'esecuzione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali 115
FRANCHETTI A.: Le norme regolamentari per l'esecuzione dei provvedimenti per la difesa economica della viticoltura 875
FRANCHETTI A.: Le nuove disposizioni per la disciplina degli impianti di radiologia e di radiumterapia 513
FRANCHETTI A.: Le nuove disposizioni per la tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli 955
FRANCHETTI A.: L'ufficiale sanitario comunale nel nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie 1587
FRANCHETTI A.: Saturnismo da farina 232

INTERESSI CORPORATIVI.

PERSI A.: L'Opera Pia Nazionale di assistenza e di educazione per gli orfani di sanitari italiani 2037
SICILIANO L.: Radiologi e ginecologi 32

I MAESTRI.

BUONOMO LA ROSSA F.: Domenico Taddei 96

NECROLOGIE.

ALESSANDRI R.: Francesco Durante 1675
ASCARELLI A.: Salvatore Ottolenghi 1119
DE SANCTIS S.: Santiago Ramon y Cajal 2042
DE SANCTIS S.: Eugenio Tanzi 301
GHIRON V.: Giacomo Filippo Novaro 1635

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; SERVIZI IGIENICO-SANITARI; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; vedere l'Indice delle Materie.

CONCORSI; NOMINE; PROMOZIONI E ONORIFICENZE; CORRISPONDENZE; NOTIZIE DIVERSE; vedere alla fine dei singoli fascicoli.

CENNI BIBLIOGRAFICI.
NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE (*).

Pag.

ALBERTI G.: Consigli ai diabetici 1143
ALBERTI O.: La radiologia nel campo della traumatologia oto-rino-laringologica 188
ALESSANDRI R.: Manuale di Chirurgia 224, 1224
ALQUIER F.: La cellulite. Pathologie thérapeutique, applications médico-chirurgicales 1142
ANGELICI G.: Il latte alimentare 587
ANGELONE L.: In compagnia di Igea 1994
ARMANI L.: Vademecum radiologico 1028
ARRIGONI R.: I reumatismi cronici 105
ASSMANN H.: Die Klinische Roentgendiagnostik der inneren Erkrankungen 1665
AUBOURG-LAVILLE P. e LE GO: La négativation électrique 1665
BABINSKI I.: Oeuvre scientifique 1623
BAUDALINE I.: La lotta internazionale contro il cancro 1580
BENVENUTI M.: Sul meccanismo di azione della malarioterapia 1343
BÉRARD L. et PATEL M.: Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale 625
BERNARD L. e EVEN R.: Thérapeutique hydroclimatologique de la tuberculose 1143
BERTRAM F.: Die Zuckerkrankheit 1263
BILANCIONI G.: Studi sulla tubercolosi faringea e laringea 106
BINET L.: Traitement de l'asphyxie 385
BIZZARRINI G.: Longevità 385
BOCCHETTI F.: Il nuovo Sanatorio Militare di Anzio 225
BRUN R. G. e JUBERT DE BEAUJEU A.: Les Kystes hydatiques intrathoraciques centraux et pariétaux 506
BUFNOIR P.: Les arthrodèses dans la coxalgie . . 865
BUSCHKE F.: Roentgenlogische Skelettestudien an menschlichen Zwillingen und Mohrlingen 1028
CANUYT G. e DAULL P.: Les phlegmons de la loge amygdalienne. Diagnostic et traitement 429
CARAPELLE A. e JANNITTI PIROMALLO A.: Il nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie 1780
CARDINALE G. B. e MAINO M.: Compendio di radiologia medica ad uso degli studenti e dei medici pratici 1027
CARLINI P.: L'aborto nel campo giudiziario 2033
CASTEX M. R. et ONTANEDA L. E.: La ponction cisternale 1623
CAVAZZI F.: Vie et rajeunissement 1581
CELLI A. ed altri: La malaria 1386
CHABROL E.: Les ictères 624
CHABROL E.: L'évolution du thermo-climatisme . . 1303
CHIRAY M. e CHENE P.: Précis de séméiologie mèdicale appliquée 1386
CIAMPOLINI A.: L'invalidità da malattie professionali 826

(*) Per comodità degli studiosi riportiamo l'elenco dei libri recensiti.

Pag.

COLELLA R.: Discorso per l'inaugurazione della nuova Clinica per le malattie nervose di Palermo . 1106
CORACHAN M.: Cirugia gastrica 1421
COTTET J.: Les troubles de l'élimination urinaire de l'eau 947
DALL'ACQUA V.: La mucosa gastro-duodenale negli stati normali e patologici 471
DALLA FAVERA G.: L'ernia del mediastino nel corso del pneumotorace terapeutico 1459
DANIELOPOLU D.: Le système de la vie vegetative . 470
DEGKWITZ R.: Klimatische Kuren im Kindesalter . 1854
DELILLE, DIEUDONNÉ, FIESSINGER, ecc.: Questions cliniques d'actualité 1542
DELMAS S. e LAUX G.: Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif 470
DE NAPOLI F.: Da Malthus a Mussolini 1943
DE PABLO V.: Medicacion local pulmonar por via intraqueal 1458
DÉROT M.: Le traitement de l'asthme bronchique 106
DE RUDDER B.: Die akuten Zivilisationsseuchen . . 1542
DI BIAGI F.: Alimentazione, igiene e cura del bambino 1069
DIETLEN H.: Die Lungentuberkulose 1385
DI GUGLIELMO G.: La cura specifica della brucellosi 905
D'ORNANO I.: Diagnostic clinique de l'arythmie complète 1142
DREYFUS G.: Hygiène et régimes des obèses . . . 1994
DUJARRIC DE LA RIVIÈRE R.: Le poison des amanites mortelles 386
DUJARRIC DE LA RIVIÈRE R.: L'immunité par mécanisme physico-chimique 1780
ELLIS H.: Précis de Psychologie sexuelle 1106
ENGELSTADT R. B.: Ueber die Wirkungen der Roentgenstrahlen auf die Lungen 1665
FIESSINGER N.: Physo-pathologie des Syndromes endocriniens 744
FISCHER A.: Rheumatismus und Grenzgebiete . . . 105
FISCHL V. und SCHLOSSBERGER H.: Handbuch der Chemotherapie 1263
FLANDIN C., BERNARD J. e JOLY F.: L'intoxication par les somnifères 1699
FORGUE E.: Précis d'anésthésie chirurgicale 506
FREY S.: Die Embolie 64
FRUGONI C.: Lezioni di Clinica Medica 187
GALLO C.: Prontuario di analisi di urina e semeiologia urinaria con preparati microscopici . . . 1303
GIUDICEANDREA V.: Gli esami degli organi del petto e dell'addome 309
GIUFFRÈ L.: La scienza della medicina nella teoria e nella pratica 1943
GROVES E. H.: Synopsis of Surgery 2033
GRÜBER G. B.: Einführung in Geist und Studium der Medizin 226
HENRIJEAN F.: Le dualisme de la contraction cardiaque 545
HINTZE K.: Geographie und Geschichte der Ernährung 1226
HOLTHUSEN e BRAUN: Grundlagen und Praxis der Roentgen-Strahlen Dosierung 1027
INVERNI C. B.: Piante medicinali e loro estratti in terapia 710
JACOMET G.: Le secret médical 907
JEANNENEY G. e ROSSET M.: Formulaire Gynécologique du praticien 1854
JOUSSET A.: Étude et traitement de la méningite tuberculeuse 1459

Pag.

KAATZ M.: Medizinische Wörterbuch — English — Deutsch 1780
KAHR: Konservative Therapie der Frauenkrankheiten 1186
KAUFMANN C.: Handbuch der Unfallmedizin, mit Berücksichtigung der Deutschen, Osterreichischen und Schweizerischen offentlichen und der privaten Unfallversicherung 23
KILLIAN H.: Facies dolorosa 866
KISTHINIOS N.: Le traitement des cardiopathies par l'association sucre-insuline 711
LABBÉ M. e FABRYKAUT M.: Le phosphore 544
LA FRANCA S.: Patologia e clinica dell'apparato circolatorio. Vol. I: Cardiopatie 265
LAUDA E.: Die normale und pathologische Physiologie der Milz 667
LANDOGNA CASSONE F.: La diagnosi clinica della stenosi polmonare congenita con speciale riguardo agli elementi segnati dal flebogramma giugulare 1623
LANDOGNA CASSONE F.: Le curve glicemiche. Importanza nell'esplorazione funzionale del sistema endocrino vegetativo 1699
LANDSTEINER K.: Die Spezifizität der serologischen Reaktionen 987
LANGE J.: Die Folgen der Entmannung Erwachsener 1186
LANGERON L., PAGET M. e LEDIEU J.: Glandes endocrines. Metabolisme de l'eau et diurèse. Les oedèmes endocriniennes 1542
LANGERON M.: Précis de microscopie 987
LAQUER F.: Hormone und Inneresekretion 1993
LAROCHE G.: Opothérapie endocrinienne 710
LAVENANT A.: Hygiène de l'urinaire 1303
LECOMTE DU NOÜY P.: Méthodes physiques en biologie et en médecine 827
LEDOUX-LEBARD: Manuel de radiodiagnostic clinique 188
LENHARTZ H. e MEYER E.: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett 987
LEONCINI F.: La nuova legislazione penale italiana nei riflessi dell'esercizio medico professionale e della pratica medico-forense 267
LERICHE et STRICHER: L'artériectomie dans les artérites oblitérantes 667
LESAGE A.: Enfance et hérédité 346
LEVEN G.: L'aérophagie 1994
LEVEN R.: Vomissements de la grossesse 64
LICHTWITZ L.: Die Praxis der Nierenkrankheiten . 947
LICK E.: Der Arzt un seine seudung 906
LICK E.: Der Kampf gegen den Krebs 1186
LISI G.: La diatesi artritica 1994
LOEPER M. e Collaboratori: Thérapeutique médicale. Vol. VIII. Vaisseaux et Reins 1899
LUMBAU D.: L'igiene della casa moderna 1225
LUMIÈRE A.: Colloïdes et micelloïdes. Leur rôle en biologie et en médecine 545
LUMIÈRE A.: Quelques travaux complémentaires rélatifs à la propagation de la tuberculose 266
MAGGIORE L.: Segni, sintomi e sindromi oculari nella diagnostica medica generale 469, 986
MAGNUS G.: Frakturen und Luxationen 64
MANCINI S.· La tubercolosi dei polmoni e delle pleure 471
MANCIOLI T.: Le malattie dell'orecchio, del naso e della gola 429
MARANELLI L.: Neozolfoterapia e sulforpiretoterapia 906
MARBURG O.: Unfall und Hirngeschwulst 1943
MARKOVITZ E.: Roentgentherapie in Tabellenform 188
MARTINET A.: Diagnostic clinique. Examens et symptomes 1302

Pag.

MARTIUS H.: Die Geburtshilflichen Operationen . . 507
MICHEL G., MUTEL M. et ROUSSEAUX R.: Les traumatismes fermés du rachis 865
MIGNON A.: Pour et contre le transformisme . . . 1581
MINGAZZINI E.: Urologia pratica 1026, 1344
MIRIZZI P. L.: La cholécystectomie sans drainage (cholécystectomie idéale) 624
MITTERMAIER R.: Die Krankeiten der Nasennebenhöhlen und des Ohres in Roentgenbild 1106
MOLLARET P.: Le traitement des névralgies sciatiques 711
MONACELLI M.: La Leishmaniosi cutanea in Italia 1384
MONALDI V.: Elementi di fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tubercolosi polmonare . 827
MONIZ E.: L'angiographie cérébrale 1854
MOREL KAHN: L'année électro-radiologique 1854
MOULONGUET A.: Manuel d'expertise en otologie . 429
NAUJOKS H.: Die Geburtsverletzungen des Kindes 346
NEMOURS A.: Radiologie de la vésicule biliare . . 1028
NOBÉCOURT P. e BABONNEIX L.: Traité de Médicine des enfants 346, 789, 1069
NOBILI U.: Chirurgia comune e d'urgenza 64
v. NOORDEN C.: Neuzeitliche Diabetesfrage. Funktionelle Pathologie und Therapie 309
OTTOLENGHI G.: Trattato d'Igiene 148
PAGNIELLO A.: Chimica di guerra. Posto di soccorso sanitario antigas 267
PAISSÉAU G.: Hygiène et alimentation du nourrisson 1780
PALAZZI S.: Vol. I. Roentgengrafia. Vol. II. Anestesia. Vol. III. Biologia clinica e terapia della piorrea alveolare 1421
PAMPANA E J.: Vita più sana e più lunga 1742
PAOLETTI L.. Naturismo 1994
PATRIZI M. L.: Nell'estetica e nella scienza. (Saggi della terza serie) 1542
PAYR F.: Gelenksteifen und Gelenkplastik 2033
PÉHU M.: Les pleurésies à pneumocoques dans l'enfance 1069
PERUSSIA e PUGNO-VANONI: Trattato di roentgen- e curieterapia 1027
PIERI G.: Contributi clinici alla chirurgia del sistema nervoso vegetativo 1421
PIÉRY M.. Thérapeutique hydro-climatique des maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire 1143
PIÉRY M. e LE BOURDELLÈS B.: La pratique de la collassothérapie en phtisiologie 1942
PIRANI G.: Lezioni di tisiologia 1142
PHILIPP E. e SCHAEFER G.: Metastasen u. Rezidiven im Knochen beim Genitalcarcinom der Frau . . 506
POLISCH K. und PANSE F.: Schlafmittel. Missbrauch 1106
POMEL J.: La sténose hyperthropique du pylore . 507
PRIESEL R.: Fremdkörper der Luftwege bei Kindern 347
PUUSEPP L.: Chirurgische Neuropatologie. II Bd.: Das Rückenmark 624
RANELLETTI A.: Il solfocarbonismo professionale . 23
RAVAUT P.: Une nouvelle syphilis nerveuse 1106
RAVINA A.: L'année thérapeutique 905
RAYBAUD A.: Les sindromes hypofisaires et infundibulo-tubériens 1699
RÈME B.: La séroréaction blenorragique 1817
REMOGNA E.: Le opere igieniche dei Comuni nelle agevolazioni dello Stato 148
RIEUX J. e LE BOURDELLÈS B.: Tuberculose des organes hématopoietiques 1458

Pag.

Rocchi F.: La parotite epidemica 266
Roch M.: Les traitements de l'hypertension artérielle 1579
Roger G. H. et Binet L.: Traité de physiologie normale et pathologique 470, 1498
Rondoni P.: Elementi di biochimica con applicazioni alla patologia ed alla diagnostica 744
Rondoni P.: Lavori dell'Istituto di Patologia generale della R. Università di Milano e della Sezione Biologica dell'Istituto del Cancro di Milano (anni 1932-33) 644
Ronzini M.: I neurinomi nel quadro dei tumori gastrici benigni 1186
Ruhmann W.: Die Tastmassage 906
Runstrom G.: A roentgenological study of acute and chronic otitis media 429
Sabatucci R.: Nozioni elementari di medicina sulla blenorragia 1499
Sacconaghi C.: Medici musicisti 226
Samek E.: L'occlusione nelle vene cave 667
Schatzki R.: Reliefstudien an der normalen und krankaft Veränderten Speiseroehre 745
Schiller H.: Leitfaden der technischen Hygiene in medizinischen Betrieb 1225
Schirmann M. A.: Die physichalisch-technischen Methoden der Elektromedizin 1665
Schmorl G.: Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden 1498
Schnirer M. T.: Medicinal-Index 1934 224
Schupfer F.: Lezioni cliniche 1343
Semizzi R.: La scienza della medicina nella teoria e nella pratica 1943
Sigwald J.: Le sucre, agent thérapeutique 711
Silvagni L.: Augusto Murri maestro ed educatore 1898
Simili A.: Origini e vicende della trasfusione del sangue 1742
Solé A. e Spranger W.: Lehrbuch für Säuglings- und Kinder-Schwestern 789
Soriano Jiménez M.: Semiologia general y exploracion del aparato respiratorio 1942
Spillmann L.: L'évolution de la lutte contre la syphilis 588
Stassen M.: Les maladies professionnelles 588
Sternon F.: Quelques aspects de l'art pharmaceutique et du médicament à travers les âges . . . 711
Szidat L. u. Wigand R.: Leitfaden der einheimischen wurmkrankheiten des Menschen 906
Tellera G.: Analisi urine 947
Tigerstedt R.: Trattato di fisiologia sull'uomo . . 1541
Tixier L. et Clavel Ch.: Les grandes hémorragies gastro-duodénales 1581
Tourney A.: Sémiologie du sommeil. Essai de Neurologie expliquée 1106
Trendelenburg P.: Die Hormone. Ihre Physiologie und Pharmakologie 471
Trincas M.: Chirurgia vasale 64
Troisier I. et Boquien S.: La spirochétose meningée 1343
Turretta A.: Scritti scientifici 471
Tzank A.: Problemes théoriques et pratiques de la transfusion sanguigne 711

Pag.

Uffreduzzi O.: Trattato di patologia chirurgica generale e speciale. Vol. II 666
Ulrici H.: Diagnostik und Therapie der Lungen und Kehlkopftuberkulose 106
Vallery-Radot P.: Pathologie de l'appareil urinaire (Reins - Vessie) 946
Viale G.: Le azioni biologiche delle radiazioni . . 1028
Villanova G.: I sali d'oro nella cura della tubercolosi 106
Villaret M. et Besanzon J.: Hydrologie expérimentale 1499
Villaret M. e Moutier F.: Le cures thermales en gastro-entérologie 906
Wassermann S.: Das akute kardiale Lungenödem und sein reflektorische Mechanismus 1142
Weiller P.: Les lavages de plèvre 1943
Weisz E.: Diagnostik mit freien Auge. Ektoscopie und Ektographie 309
Weizsaecher V. V.: Aerztliche Fragen 906
Westhues H.: Die pathologisch - anatomischen Grundlagen der Chirurgie des Rektum Karzinoms 866
Wildbolz H.: Lehrbuch der Urologie 1581
Wugmeister I.: Urologia 946
Zeri P.: Considerazioni su settemila interventi chirurgici in 20 anni di servizio ospedaliero 1303
Zieler-Jacobi: Lehrbuch und Atlas der Haut und Geschlechlskrankheiten für praktische Aerzte und Studierende 1185

Actualités médico-chirurgicales 225
Annali della Clinica per le malattie nervose e mentali della R. Università di Palermo 587
Antologia Medica di Arte e Varietà. Parte I. Medici musicisti del prof. C. Sacconaghi 226
A Textbook of the Practice of Medicine 224
Atti del I Congresso Scientifico nazionale dell'Associazione volontari italiani del sangue 667
Atti del IV Congresso Internazionale di Radiologia medica 1665
Bollettino dell'Accademia Medica Pistoiese «Filippo Pacini» 1142
Bollettino dell'Associazione Medica Triestina . . 386
Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiène 1226
Come si assiste l'ammalato 309
Det Norske Medicinske Selskab 1833-1933 Festskrift ved selskapets 100. Ars Jubileum 225
Conférences de Physiologie Médicale sur des sujets d'actualité 545
Ergbnisse der gesammten Medizin. XVIII 225
Klinische Fortbildung 625
L'année médicale pratique. XIII 905
Lavori degli anni 1931-1933 dell'Istituto di Clinica medica della R. Università di Bari 1263
Lehrbuch der innere Medizin 905
Les ordonnances du médecin praticien 1899
Oeuvres de Pasteur réunies par Pasteur Vallery-Radot 266
Scritti medici in onore di R. Jemma 1742
The Rockefeller Foundation. Annual Report 1932 . 267
The Rockefeller Foundation. Annual Report 1933 . 1994

Indice alfabetico delle Materie

A

Pag.

Abitato; vedi Igiene.
Aborto Roentgen 542
Aborto; v. anche Emorragie, Gravidanza.
Accessi di Adams-Stokes; v. Respirazione.
Acetilcolina; v. Ictus emiplegico.
Achilia; v. Anemia.
Acidi organici: azione sul metabolismo gassoso . 868
Acidità gastrica; v. Stomaco.
Acidi amidati; v. Glicine.
Acido cloridrico clorato: azione antisettica 313
— picrico; v. Metriti.
Acidosi; v. Operandi.
Acloridria; v. Anemia.
Acne rosacea: etiologia e cura 713
—: trattamento 28
Acqua per le truppe: purificazione 831
—; v. a. Anidremia, Ricambio idrico.
— pesante 862
Acque minerali: ricerche 1387
— radioattivate artificialmente azioni 1531
— superficiali: approvvigionamento con — 543
Acriflavina; v. Gonorrea.
Acrodinia; v. Distrofia.
Acroparestesia 1321
Actinomicosi toraco-polmonare 271, 350
Addome destro: sintonia patologica in rapporto al vagotonismo 494
—: sintoma del Carl nella semeiotica dell'— . . . 1825
—; v. a. Aderenze, Appendicite, Cellulite torpida, Dolori, Fegato, Riflesso di Ligat, Tumori infiammatori, ecc.
Adenoma; v. Cistifellea, Pancreas.
Adenomatosi miliare; v. Duodeno.
Addison; v. Malattia di —.
Adenopatie cervicali croniche infantili 1712
Aderenze viscerali ed innesti epiploici liberi . . . 469
—; v. a. Addome, Periviscerìti, Pleuriti, Sindromi, Sinfisi, Tubercolosi.
Adiposità post-encefalica: trasformazione in magrezza 1865
—; v. a. Morbo di Cushing.
Adrenalina per iniezioni: infezioni gassose consecutive 504
—; v. a. Cuore, Iniezioni, Psicopatie, Rachianestesia.
Adrenalinuria; v. Tubercolosi polmonare.
Adrenoblastoma; v. Ovaio.
Afasie; v. Cardiaci.
Aghi ritenuti in alcune parti del corpo: artifizio di tecnica per l'estrazione 816, 1570
Agranulocitosi complicante la febbre tifoide . . . 1750
— da salvarsan 627
—: epatoterapia parenterale 1387
— nelle infezioni: significato clinico e valore prognostico 7
—; v. a. Granulocictopenia.
Albuminuria; v. Malattia di Bright.
Alcali: azioni 747
Alcool: consumo d' — e mortalità 1075
— e funzione epatica 1112
— octilico nell'ipertensione arteriosa 190

Pag.

Alcool, Alcoolizzazione, Alcoolterapia; v. a. Algie, Asma, Nervo frenico, Suppurazioni polmonari, Tubercolosi polmonare.
Algie: alcoolizzazione paravertebrale, epidurale e solare 1572
—: trattamento con veleno di cobra 1306
—; v. a. Apoplessia, Dolori, Epigastralgie, Otalgie, Tabe.
Alimentazione del bambino sano 991
— le locuste nell'— 914
—, Alimenti; v. Carenze, Dieta, Dolciumi, Carni, Formaggio, Pane, Soia, Vigilanza sanitaria, vitamine ecc.
Allergia alla tubercolina e all'ultravirus tubercolare 779
— insulinica e desensibilizzazione 1338
— nelle malattie infettive 1388
—; v. a. Anafilassi, Cincofene, Eczema, Eosinofilia, Tubercolosi, Vaccinazione.
Alluminio: innocuità degli utensili da cucina in — 1429
—: tossicità secondo la porta d'entrata 932
Alopecia areata: trattamento locale 713
— da tallio 547
Amebiasi acuta 1560
— cutanea 713
— e peritonite 1075
— in affezioni chirurgiche 1145, 1146
—: terapia 112, 1339
Amidoacidi; v. Acidi amidati.
Amidopirina e barbiturati: danni 1428
—; v. a. Agranulocitopenia.
Amiloidosi renale 1940
Aminoacidemia; v. Gravidanza.
Amministrazione sanitaria; v. Indice delle rubriche
Amnios; v. Liquido amniotico.
Anafilassi e anti — 184
— in tessuti isolati 672
—, v. a. Allergia, Desensibilizzazione, Efedrina, Shock.
Anastafilatossina; v. Foruncolosi.
Anatossina difterica: ricerche 790
— —; v. a. Difterite.
Anchilostomiasi alle porte di Napoli 54
—; crisi occlusive intestinali recidivanti per ciste linfatica entero-mesenterica in portatore di — . 1520
Anemia e acloridria 591
— e stati anginosi 620
— grave con splenomegalia ed eritropenia 1387
— — gravidica e postpuerperale 1618
— infantile associata ad osteoporosi diffusa (sindrome di Cooley) 807, 1544
— ipocromica con achilia 507
— —: trattamento con sali ferrosi 592
— nei malati di « uremia vera » 1265
— perniciosa: diagnosi e cura 263
— —: terapia col rosso Congo 1855
Anemie dopo resezione gastrica 1751
— gravi e stenosi intestinali 792
—: patogenesi 1145
— questioni d'attualità 108
—; v. a. Fegato, Succo gastrico.

Pag.

Anemici: portata cardiaca e gettata pulsatoria. . 1346
Anestesia chirurgica 781, 782
— del ganglio stellato 1848
— generale chirurgica 551
— — nei bambini: pericoli 1910
—; v. a. Narcosi.
— locale; v. a. Taglio cesareo.
— paravertrebrale in ostetricia 384
— sacrale in urologia 1189
— locale della prostata prima della resezione . . . 501
Aneurisma dell'iliaca comune destra 1305
Angina agranulocitica: trattamento 1752
— —; v. a. Agranulocitosi.
— pectoris d'origine gastrica 107
— — e pancreas 262
— —: prevenzione e cura degli attacchi 510
— —: terapia chirurgica 1024
— —: valore comparativo delle droghe usate nel trattamento continuativo 145
— —; v. a. Anemia, Sindromi anginoidi.
Angioblastoma; v. Cervello.
Angiocolecistopatie latenti 2027
Angioite; v. Trombo-.
Angioma arterioso racemoso: patogenesi 628
Anidremia; v. Diabete.
Ano; v. Atresia, Cancro, Dolore, Fistola anale, Melanoma.
Antigeni complessi 1003
—; v. a. Vaccini.
Antiormoni 1217, 1621
Antisettici urinari 500
Antisettico nuovo in chirurgia 1954
Antrace renale; v. Reni.
Anuria da grosso coagulo 1909
— di difficile interpretazione 1910
Aorta: zona recettrice 1500
Apicolisi: tecnica 663
Apiolo: impieghi 1831
Apofisite; v. Femore.
Apoplessia cerebrale: contratture ed algie consecutive 475
— —; v. a. Emorragia cerebrale, Ictus emiplegico.
— reumatica 137
Appendicectomia nelle appendiciti retrocecali . . . 1507
—: peritoneizzazione del peduncolo 1905
Appendice verm.: amputazione spontanea 1733
— —: carcinoide 1265
— —; v. a. Cisti enteroide.
Appendicite acuta e peritonite generalizzata . . . 1146
— — e tubercolosi peritoneale 1905
— cosidetta verminosa 1726
— cronica 123, 897
—: modificazioni della funzionalità gastrica . . . 1826
— pelvica 647
— recidivante 1462
— tifosa: le tonsille nella patogenesi 1503
Appendiciti gravi 1905
— suppurative; valore della puntura esplorativa ad esito negativo 2005
—; v. a. Colon, Sindromi.
Aracnoide spinale operata e guarita 910
Argento colloidale nella cavità peritoneale durante le laparotomie: pretesa azione peristaltigena 335, 363
Aria con carica elettrica monopolare: azione biologica 1192
—: inquinamenti; le nebbie e le nevicate 348
Aritmie: azione dei sali di potassio 1423
Arsenobenzoli ad alte dosi 347
—: genesi e terapia della dermatite da — 1150

Pag.

Arsenobenzoli; v. a. Salvarsan.
Arteria splenica: legatura 1952
Arterie silviane: forme cliniche degli spasmi . . . 260
—; v. a. Arto.
Arteriosclerotici: uso del glicerofosfato di calcio . 1997
—; v. Emorragie.
Arteriti; v. Endo-.
Arti: affezioni arteriose 381
—: disturbi vasomotori nel corso di malattie digestive 785
—; v. a. Acrodinie, Arto, Fratture, Gambe, Paralisi, Tromboflebite, ecc.
Articolazioni: trattamento dei traumi 1696
—; v. a. Glutatione, Neuralgie, Radiologia, Tubercolosi.
Arto inferiore: accorciamento a scopo ortopedico 1179
Artriti anchilosanti ipercalcemiche e paratiroidectomia 661
— croniche anchilosanti: paratiroidectomia . . . 831
— — luetiche 103
—: croniche: trattamento 870
— purulente: trattamento col metodo di Willems 661
— sacrali 658
Artrodesi; v. Coxite tubercolare.
Artropatie nervose: radiologia 1107
—; v. a. Vaccinoterapia.
Arum; v. Gichero.
Ascaridi; v. Occlusione intestinale.
Ascessi epatici 85
— perifaringei nell'infanzia 1537
— polmonari da deglutizione 550
— — provocati da emboli asettici 1074
Ascesso cerebrale da « Actinomyces albus » 386
— —: esito raro 1030
— polmonare: batteriemia passeggera da « viridans » consecutiva 550
— — in luetico: trattamento broncoscopico e cura specifica; guarigione 1807
— —: terapia con onde corte 786
Asfittici: trattamento con lobelina 1074
—; v. a. Viso.
Asimmetria del corpo umano: rilievi neurologici 1685
Ascesso; v. a. Ossa.
Asepsi; v. Iniezioni.
Asma bronchiale: cura con iniezione dorsale perisimpatica di alcool assoluto 1627
— — in bambino: studio istologico 1146
—: caso mortale 1023
— dati clinici 782
— ed equivalenti: autosieroterapia intramucosa . 1073
— e potassiemia 672
— — tubercolosi 270
—: rapporti con lo stato meteorico 553
—: riflesso 1693
—: v. a. Idiopatie tossiche.
Aspiroclisi 954
Assicurazioni contro le malattie professionali 110, 1146
—; v. a. *Visite mediche periodiche.*
Assistenza agli infermi abbienti ricoverati negli ospedali 70
— *sanitaria ai lavoratori agricoli* 1114
Associazione della Stampa Medica Italiana 674
Astenia: cura 1429
— neuro-circolatoria: etiologia e sintomi 1180
— o depressione 1297
— parossistica da sforzo e surreni 829
Astinenza sessuale e castità 1941
Atophanyl; v. Colecistografia.
Atresia ano-retto-sigmoidea 907

Pag.

Attinie: azioni sui pescatori di spugne 1416
Attinoterapia; v. Raggi, Stomatologia.
Auroterapia; v. Tubercolosi polmonare.
Auto-emoterapia; v. Emoterapia.
Auto-intossicazione intestinale: cura 432
Autunno: malattie d'— 1696
Auto-sieroterapia; v. Sieroterapia.
Auto-uro-terapia; v. Uroterapia.
Avertina; v. Narcosi.
Aviazione: modificazioni del campo visivo nei piloti 1147
Avitaminosi sperimentali: effetti della inoculazione di sangue 1666
— B; v. Polineurite.
Avvelenamento da bicloruro di mercurio . . 1855, 2030
— da cincofene: probabile natura allergica . . . 426
— da stricnina: trattamento 1502
— subacuto da piombo 149
— transcutaneo da nicotina 747
—; v. a. Barbiturismo, Benzolismo, Dimitrofenolo, Fenolftaleina, Intossicazioni.
Azotemia: ricerche 626
—: tipi clinici 1895
—, v. a. Operandi.

B

Bacillemia tubercolare nelle malattie nervose . . [illegible]
« Bacilli nudi » della tubercolosi 1896
— tubercolari entro la cistifellea: azioni 1146
— tubercolari nel sangue e nei tessuti: ricerca con il metodo Löwenstein 348, 1387
— —: reperto 1855
— —; v. a. Bacillemia, Tubercolosi, Uova.
— —: studi 1856
Bacillo difterico: colorazione 593
— —; v. a. Difterite, Laringiti.
— tifico: fasi e sensibilità 988
— —; v. a. Portatori del —.
Bacino; v. Addome.
« Bacterium coli haemolyticum »: significato clinico 421
— —: localizzazione elettiva sperimentale 421
Bagno di mare; v. Ipertermia.
Balbuzie di origine respiratoria 271
Bambini: inappetenza 390
—: pericoli dell'astenia generale 1910
—; v. a. Alimentazione, Asma, Caldo, Infanzia, Riflessi, Vescica uretrale.
Barbiturici: intossicazione acuta da — e suo trattamento 708
—; v. a. Amidopirina.
Barbiturismo acuto: terapia 980
Barriera emato-liquoriale; v. Liquido c.-sp.
Basedow; v. Morbo di —, Sindromi.
Bassini; v. Operazione di —.
Batteri gastro duodenali dopo colecistectomia . . 738
Batteri; v. a. Bacilli, Bacterium, Batteriemia, Bile, Brucella, Fanghi termali, Guerra batteriologica, Infezioni, Peritoniti, Urina.
Batteriemia; v. Ascesso polmonare.
Batteriofagia e terapia batteriofagica 823
Behring E. v. 546
Benzolismo: ricerche 982
Bevande: azione sull'uomo in riposo ed in lavoro 29
Bibliografia; v. Indice delle rubriche.
Bile di bue; v. Diatesi emorragica.
—: metodo per provocarne l'escrezione 1268

Pag.

Bile nella colecisti normale: batteri 1187
—: pneumococco 791
— umana: osservazioni bacteriologiche con particolare riguardo allo streptococco 243
—; v. a. Peritonite.
Blastoma renale 1864
Blastomicosi brasiliana 747
Blenorragia associata a linfogranulomatosi inguinale 66
— latente e complicazioni: prove di laboratorio . 386
—: trattamento abortivo 1149
—; v. a. Uretrite.
Blu di metilene: azione ipoglicemizzante 226
— — nel trattamento delle intossicazioni da cianuri e da ossido di carbonio 186
Bocca; v. Emorragie, Leucemici, Ulcere.
Botriocefalo: ricerche 1424, 1463
Bottone d'oriente: istologia 386
Braccio; v. Reumatismi.
Bronchi; v. Complicazioni, Fistole, Suppurazioni.
Bronchiectasie 303, 350, 1030, 1423
1857, 1858, 1900, 1944
Bronchite pseudo-fibrinosa con eosinofilia 611
Broncopolmonite: focolai cuneiformi 701
Broncoscopia; v. Ascesso polmonare, Bronchiettasie.
« Brucella melitensis »: variazioni nel malato . . . 131
Brucellosi: anatomia patologica 1424
—: azione delle onde corte 1831
— cronica 1661
—: cutireazione e reazione emoclasica 1502
—: reazione intradermica 1111
—: ricerche 109
—; v. a. Febbre ondulante, Reazioni allergiche, Reni.
Burri: vitamina A 549

C

Cachessia ipofisaria; v. Diabete.
Calcagno: fratture 183
Calcemia e calcibilia provocate 740
—; v. a Fratture.
Calcinosi 1711
Calcio canfosolfonato 747
— nella terapia: nuove direttive 1310
—; v. a. Diabetico, Emicrania, Paratiroidi, Sangue, Shock, Tremori.
Calciopessi; v. Osteomalacia.
Calcoli biliari: formazione 1187
— —: ricerche 1424
— vescicali secondari a operazioni ostetriche e ginecologiche 1092
Calcolo gigante recidivante dell'uretere pelvico . 1908
Calcolosi delle grosse vie biliari 1952
— renale bilaterale nella prima infanzia 1908
— ureterale: terapia 1188, 1189, 1851
—, v. a. Coliche, Litotribolapassi, Nefrite, Vescica ur., Vie biliari, Vie urinarie.
Caldo: accidenti da — nel bambino 1417
Calore nei tessuti: nuovo metodo per la produzione 914
Camera operatoria modello 1264
Canale inguinale: struttura 1426
Cancro dell'ano 379
— dello stomaco; v. Ulcera gastrica.
— dell'utero infetto: terapia 268
—: principio specifico nell'urina 1061
—: stato attuale del problema del — 1151

Pag.

Cancro: un rimedio contro il —? 1548
—; v. a. Cheilite, Cloroma, Colon, Iperemia, Mammella, Papilla di Vater, Parotide, Polmone, Retto, Sigma, Tubercolosi, Tumori, Uretere. Utero.
Capelli grigi 1301
Capillari degli arti: grado di permeabilità . . . 1856
—: prova di resistenza 113
Carbogeno; v. Rachianestesia.
Carboidrati: periodicità del metabolismo e ritmo nella funzione del fegato 352
Carbonchio; v. Vaccini.
Carbone; v. Infezioni.
Carcinoide; v. Appendice vermiforme.
Carciofo: azione diuretica 489
Cardiaci: cause dell'insufficienza cardiaca 189
— con insufficienza: dispnea serotina 1347
—: emiplegie ed afasie transitorie 189
Cardiopatie: glicemia e curva glicemica con e senza insulina 1841
— nell'ipertiroidismo 1031
—: quoziente respiratorio durante l'esercizio muscolare 1860
—: respirazione artificiale nelle — 1866
—: trattamento con insulina e glucosio . . . . . 18?, 509
Cardiopazienti: lattacidemia 1460
Cardiospasmo, esofagite asfoliativa e diverticoli esofagei 770
Carenze alimentari: azioni sull'intestino 791
Carni ovine nell'alimentazione 1790
Carotide interna: calcificazione 1500
Carpo; v. Fratture.
Castità; v. Astinenza sessuale.
Castrazione femminile: influenza sull'erotismo . . 1271
Catatonia sperimentale 1072
Cateterismo ureterale: prove 1862
Catrame; v. Tumori.
Cefalea di origine oculare 1571
Cefalee che seguono la rachinestesia: patogenesi e cura 891, 932
—; v. a. Sifilitici.
Cellulite: la — 541
— torpida a piastrone della regione addominale inguinale 1464
Celso e lo stato della medicina ai tempi di Augusto 866
Cemento; v. Eczema.
Cervello: angioblastoma (malattia di Lindau) . . 1030
—: asportazione di un emisfero 653
—: radiografia 992
—: spasmi vasali silviani 536
—: varici aneurismatiche arteriovenose 20
—; v. a. Apoplessia, Arterie, Ascesso cerebrale, Cisti, Commozione cerebrale, Embolie gassose. Emorragie, Encefalo, Ipertensione, Traumi, Tumori.
Cheilite; v. Labbro.
Cheratite interstiziale luetica: malarioterapia . . 1911
Chinino di Stato 395, 795
Chinino; v. a. Malaria, Sindrome purpurica, Varici.
Chinoplasmina; v. Malaria.
Chirurgia endocranica 403
— endocrina 1894
—: impiego della membrana testacea degli uccelli 433
—: trattati italiani 1774
—; v. a. Operazioni chirurgiche.
Choc degli epato-biliari: terapia con efedrina . . 1829
Cianuri; v. Blu di metilene.
Ciclo sessuale femminile: andamento ormonico . 425

Pag.

Cieco: cisti congenita; invaginaz. ileo-cecale . . . 719
—: invaginazione haustrale 626
—: occlusione da probabile malformazione . . . 1822
—: ricerche sperimentali 1905
—: volvolo 989
Cifosi nei vecchi 1788
Cina: medicina 993
Cincofene; v. Avvelenamento.
Circolazione: terapia dell'insufficienza 1866
—: velocità in clinica 24
—; v. a. Cardiopatie.
Cirrosi epatica: cura chirurgica 310
— —: ricambio emoglobinico 1502
— —: ricerche 1462
— —; splenectomia 1024
Cisti cerebrali 736
— congenita della regione temporo-mascellare . . 1464
— dermoide; v. Mediastino.
— enteroide appendicolare 750
— da echinococco aperte nelle vie biliari: trattam. 790
— idatidea del fegato rotta nell'addome 102
— idatidee dell'orbita 1741
— —; v. a. Echinococcosi, Idatidosi, Polmone.
—; v. a. Cieco, Ginocchio, Milza, Osteite, Pancreas.
Cistifellea: adenoma 1829
—: funzioni dell'epitelio 1176
—: istologia 1425
—: radiologia 1460
—; v. a. Bacilli tubercolari, Peritonite, Vescichetta biliare.
Clima ed affezioni reumatiche 1538
—: indicazioni in malattie infettive acute 1856
Climaterio; v. Edema.
Clinica medica di Padova: attività scientifica . . 1761
Cloremia e sindrome tossica post-operatoria . . . 1390
Cloroma o cancro verde di Aran 1377
Cloro: ricambio 374
Cobra; v. Veleño di —.
Coccige; v. Sacralizzazione.
Colagoghi: ricerche 1671
Colangiografia; v. Colecistectomia.
Colecistectomia: colangiografia durante l'operaz. . 912
—: modificazioni consecutive della flora microbica gastro-duodenale 738
—; v. a. Vena porta.
Colecisti; v. Bile.
Colecistite acuta: reazione colica 1033
— litiasica; v. Diabete.
Colecistiti croniche: trattamento medico 1269
— filtranti 1426
Colecistitici: stati anemici del tipo ipocromico . 1906
Colecistografia 693, 1107, 1161
Colecistostomia: v. Epatopatie.
Colectomia totale 1785
Coledoco: ostruzione del — ed ulcera duodenale 738
—: tubo a dimora e perduto 693
—; v. a. Glicemia.
Colesterinemia; v. Diabete insipido, Traumatizzati.
Collasso: essenza e trattamento 509
Collassoterapia della tubercolosi polmonare: progressi 1158
—; v. a. Frenicoexeresi, Pneumotorace.
Colibacillosi: vaccinoterapia 1743
— —; v. a. Bacterium coli.
Coliche epatiche: metodo di Meltzer-Lyon 1829
— —: nuovi orientamenti della terapia medica . 1264
— epato-biliari senza calcoli 26
— renali: dinamismo ureterale 1908

Pag.

Coliche; v. a. Calcoli, Ileo riflesso.
Colite cronica ulcerosa: problema 310
— mucosa 452
— ulcerosa grave: emosieroterapia 112
Coliti e reazioni leucemoidi 1307
— gravi: trattamento col metodo di Schottmüller 310
Colon: chirurgia del — esclusi i tumori, le cisti e l'appendice 1747, 1785, 1822
— destro: cancro: trattamento 1849
—: inversione: plastica 1785
—: radiografia 992
—: ricerche sperimentali 1905
— trasverso: inflessione ad angolo acuto 1172
—: tumori maligni: trattamento operativo 1296
—; v. a. Colecistite, Dolico-, Nervo erigente, Sigma.
Colonna vertebrale: radiologia delle lesioni traumatiche 1623
— —; v. a. Cifosi, Cordoma, Linfogranulomatosi, Reumatismo, Spondilosi rizomelica, Tumori.
Colpiti da «Trichomonas vaginalis»: cura 229
Coma diabetico: anidremia 913
Commozione cerebrale e sua cura 1134
— —: segni obbiettivi lontani di lesione organica 843
Complicazioni bronco-polm. post-operat.: profilassi 1270
Concorsi: ordine di preferenze 1272
—: *osservazioni sintetiche* 30
Condotte mediche: servizio a scavalco 717
Congiuntivite da piscine 1619
— gonococcica: terapia 1147
—: terapia 1340
Consiglio Superiore di Sanità 1193
Contratture; v. Apoplessia, Trisma.
Convulsioni nell'infanzia 1428
Coproporfinuria; v. Vie biliari.
Cordoma vertebrale 377
Cordotomia; v. Tabe.
Corioepitelioma dopo gravidanza tubarica 828
Corioretinite atrofica 1072
Cornea; v. Occhi.
Corneoma in metamorfosi maligna 65
Corpi di Auer; v. Leucemie.
— di Foà-Kurloff: genesi 791
— estranei nelle vie respiratorie 550, 1467
Corpo estraneo voluminoso nella cavità orbitale . 1426
— —; v. a. Esofago, Fistola perianale, Trachea.
— luteo; v. Emoperitoneo.
Costituzione e fenomeni vitali 490
—; v. a. Linfatismo.
Coxite: intervento 386, 627
Craniectomia; v. Tumori cerebrali.
Cranio: fratture: disturbi visivi 1415
—: impressioni digitiformi sul tavolato interno . 66
—: traumi 546
—; v. a. Chirurgia, Ipertensione endocranica, Osteoporosi.
Craniotomia: tecnica: nuovo craniotomo 1974
Creatinina: ritenzione: importanza in patologia renale 2034
Crisi dolorose lombari: trattamento 473
— —; v. a. Algie, Coliche, Tabe.
Cristallino: ricerche 746
Cronassia nell'uomo 1344
Cuore: affezioni minori 1031
—: alterazioni anatomo-patologiche nella fibrillazione auricolare 391
—: azione dell'adrenalina sul ritmo 190
—: blocco di branca 383
— della donna sana: dimensioni 1461
—: ferita penetrante: elettrocardiografia 1183
—: infarto 712, 1461

Pag.

Cuore negli ipertesi 1866
—: radiologia 907, 1424, 1624
—: sutura 462
—, v. a. Anemici, Aritmie, Cardiopatie, Difterite, Dolori, Elettrocardiogrammi, Elettrocorrenti, Infarto cardiaco, Pancreas, Pressione arteriosa, Scarlattina, Sinfisi cardiaca, Sportivi.
Cure prenatali: risultati 1469
Cute: conducibilità elettrica 1307
—: emosiderosi 268
—: innesto omoplastico peduncolato 790
—: negatività d'innesto omoplastico 1307
—: prova del riassorbimento di Donath e Tanne . 163
Cute; v. a. Pelle.
Cutireazione; v. Brucellosi, Linfogranuloma, Pollini, Tubercolosi.

D

Dante: la forma corporea di — 586
Decubiti: trattam. con acido tannico 714, 1300
Degenerazione grassa e sistema lipolitico 1576
Delinquenza minorile e rieducazione 254
Dementi paralitici; v. Paralitici.
Demografia: dati sull'Italia 1390
—: dati sulla Germania 1349
Denatalità 988
Denti ritenuti 908
Depressione; v. Astenia.
Dermatite da bagno all'aperto 1308
Dermatosi pigmentaria progressiva di Schamberg 1448
—, Dermatiti; v. a. Pelle.
Desensibilizzazione e assuefazione 1253
— o protezione temporanea dell'organismo sensibilizzato 1338
Diabete insipido e colesterinemia 907
— mellito: alimenti proteici 1955
— —: cura chirurgica 426
— — e colecistite litiasica 1121
— —: ereditarietà 615
— — in chirurgia 616
— —: prognosi 990
— —: ricerche 1462
— —: trattamento del — e secrezione esterna del pancreas 1557
— —: terapia dietetica 113
— —: valore dietetico della sorbite 273
—, nanismo e cachessia ipofisaria 1228
— renale e glicosuria florizinica 868
—; v. a. Coma, Diabetici, Gangrena, Herpes zoster, Malattia di Miculicz.
Diabetici: curva glicemica 991
— trattati con insulina e glucosio 990
Diabetico con ipercalcemia: calcificazione sottocutanea del pene 1980
Dial; v. Intossicazioni.
Diarree dei poppanti: trattamento 112
— — —: dieta di mele 824
— infantili: trattamento con borato di sodio . . 432
—: significato e cura 430
— —; v. a. Malattia di Gee, Sprue, Steatorrea ecc.
Diastasuria; v. Itteri.
Diatermocoagulazione; v. Neoplasmi.
Diatesi emorragica familiare: rara forma 347
— emorragiche: clinica e terapia 702
— —; v. a. Ittero.
Dieta chetogena in terapia 341
— grezza 1865
—; v. a. Alimentazione, Diabete, Diarree, Epilessia.
Difterite: azione della tossina sul fegato 712

Pag.

Difterite: diagnosi e trattamento precoce 1388
—: lesioni cardiache e disturbi del ritmo 1031
—: ricerche 547
—: vaccinazione con dose unica di tossoide precipitato con allume 1621
— vulvale 1266
—; v. Anatossina, Bacillo difterico, Paralisi, Sieroterapia, Siero antidifterico, Vaccinazione.
Digitale: principî attivi 1347
Digiuno: diverticoli 775
—: ulcera 750
Dilaudid; v. Ostetricia.
Dinitrofenolo: causa di morte improvvisa 982
—; v. a. Obesità.
Disendocrinopatie; v. Eunucoidismo, Secrezioni interne.
Dispensari tubercolari: utilizzazione 1543
Dispepsia flatulenta 1295
—; v. a. Dieta, Formaggio.
Dispnea; v. Cardiaci.
Dissimmetria; v. Asimmetria.
Distrofia infantile con sintomi di acrodinia 546
— muscolare: cura con glicina 1546
Distrofie inapparenti: fattori rivelatori 613
Diuresi da salyrgan per via endopleurica 1075
— e diuretici 1460
— e idremia 1500
— e loro meccanismo d'azione 1850
Diverticoli; v. a. Digiuno, Duodeno, Pelvi renale, Vescica urinaria.
Diverticolo di Meckel: perforazione 1958
Dolciumi; v. Vitiligo.
Dolicocolon 897
Dolore anorettale e suo significato clinico 617
—: chirurgia 537
— di origine ureterale 794
Dolore di schiena 1290
Dolori cardiaci: cura 1778
— dell'herpes zoster: uso della pituitrina 1429
— emorroidari: trattamento 751
— pelvici nella donna 1614
—; v. Acrodinia, Algie, Crisi dolorose, Pruriti dolorosi, Reumatismi, Sacro, Ulcere.
Duodeno: adenomatosi miliare 110
—: diverticoli 978
— patologico: radiologia 310
—; v. a. Intubazione, Pancreas, Sonda duodenale, Ulcera, Vescichetta biliare.
DURANTE F. 1675, 1933

E

Echinococcosi dei muscoli della regione lombare . 633
—: ricerche 1033
—; v. a. Cisti d'echinococco.
Eczema da cemento 611
— e allergia 68
— infantile: trattamento 27
— seborroico della testa: trattamento 1911
— vaccinato 1426
Edema acuto del polmone: patogenesi 1336
— climaterico 228
—: concentrazione delle proteine del siero 1913
Edemi negli epatici: trattamento 1268
Efedrina: effetti tossici 1032
— in terapia, sovratutto negli stati di choc degli epato-biliari 1829
— per la profilassi degli accidenti da siero 389
—; v. a. Rachianestesia.
Efetonina: v. Efedrina, Respirazione.

Pag.

Elettrocardiografia; v. Cuore.
Elettrocardiogramma: ricerche 712
Elettrocorrenti di origine atriale 1856
Elettroterapia ad onde corte 1411
Elettrotraumi: clinica ed istopatologia 603
Elioterapia; v. Tbc. polmonare.
Emangioma, Emangio-endotelioma, Emangio-epitelioma; v. Fegato, Sarcoma, Stomaco.
Ematemesi; v. Splenectomia.
Ematoma sottodurale cronico post-traumatico . . 261
Ematomielia traumatica 1994
Ematuria di origine oscura 203
Ematurie: trattamento 2025
—; v. a. Nefralgie.
Embolectomia polmonare 1500
Embolia periferica: trattamento chirurgico . . . 628
Embolie e flebiti post-operatorie e tempo di coagulazione 630
— gassose: manifestazioni cerebrali 735
—; v. a. Ascessi.
Embriologia e genitali muliebri negli studi di Leonardo da Vinci 746
Emicrania biliosa 150
—: cura 1451
— ed ipocalcemia 473
—: natura 1427
Emiplegia: l'— 1938
— totale sinistra da meningo-encefalite della prerolandica, di natura influenzale 41
—; v. a. Apoplessia, Cardiaci.
Emocateresi 976
Emofilia: morbo di Simeone ben Gamaliele II . . 1486
—: terapia ovarica 1881
—: trattamento con citrato di sodio 793
Emoglobina; v. Cirrosi epatiche.
Emoinnesti: valore 98
Emolisine: ricerche 1387
Emopatie e increti 977
—; v. a. Agranulocitosi, Angina agranulocitosica, Anemie, Ematomielia, Eritremia, Granulocitopenia, Leucemie, Mielosi, Neutropenia, Policitemia, Sindromi di Cooley ecc.
Emoperitoneo da rottura del corpo luteo 1461
Emopoiesi: importanza dello stomaco 1986
Emorragia cerebrale: autoemoterapia 1348
— —: cura con il salasso 630
— —: patogenesi 608
— —; v. a. Apoplessia.
— gastrica post-operatoria: per diminuirne i rischi 530, 697, 1253, 1529, 1376, 1614, 1736
— — profusa 1505
— subaracnoidale spontanea 101
— — in pratica 1574
Emorragie boccali 428
— cerebrali 909
— digestive senza altri sintomi 430
— gastriche post-operative: prevenzione 1132
— gastro-intestinali degli arteriosclerotici, da piccolo tumore 1110
— vaginali da caustici chimici 227, 953
—, v. Apoplessia, Emorroidi, Ictus, Stomaco, ecc.
Emorroidi: plastica anale dopo fallita operazione di Whitehead 1850
—: trattamento dei dolori 751
—: trattamento delle emorragie 113
Emosiderosi; v. Cute.
Emosieroterapia; v. Colite.
Emostasi diretta nella sottomucosa gastrica: per l' — 1294
— mediante estratto di tonsille 794

Pag.

Emostasi diretta: vitamina C per via parenterale 1752
—; v. a. Emorragie, Emottisi.
Emoterapia: auto- negli stati depressivi 1230
—; v. a. Emorragia cerebrale, Vie urinarie.
Emottisi: anatomia patologica e cura 1996
—: atelettasia polmonare 780
—: cura col metodo Giuffrida 566
—: cura con iniezione intratracheale di emostatici 1414
—: diagnosi e trattamento 1776
— nell'infanzia 2015
— tubercolari: cura con iniezioni di ossigeno . . . 1626
Empiema putrido pneumotoracico e myiasi secondaria 1656
— toracico acuto: intervento 1073
— —: patologia e trattamento 1137
Empiemi pleurici: cura 1627, 1628
Encefalite ed influenza 423
— epidemica: sintomatologia speciale 1662
—; v. a. Adiposità, Parkinsonismo.
Encefalo; v. Cervello, Chirurgia, Encefalografia, Radioterapia, Sindromi ecc.
Encefalografia: nuova tecnica 820
Endoarterite obliterante 1687
Endocardite lenta: diagnosi errata 1856
Enfisemi cronici fistolizzati 1461
Enterite catarrale acuta: trattamento 1957
Enteroclisi; v. Aspiroclisi.
Enterorragie; v. Ernie.
Enuresi: cura 671
— ureterica; v. Epispadia.
Enzimi cristallizzabili 191
Eosinofilia negli stati allergici 1102
—; v. a. Bronchite.
Epatici: prove della funzionalità renale 1507
—; v. a. Edemi.
Epatite: genesi probabilmente tubercolare 27
Epatopatie febbrili non itterigene curate con la colecistostomia 1857, 1906
Epatosplenografia con il thorotrast 1544
Epatosplenomegalia egiziana 66
Epatoterapia 1429
—; v. a. Agranulocitosi, Granulocitopenia, Sclerosi a placche.
Epidermofizia plantare disidrosiforme 1308
Epifisi: fisiopatologia 1418
—; v. a. Ipofisi.
Epigastralgia 1777
Epilessia: cura 1427
—: dieta chetogena 1072
—: ricambio dell'acqua 348
—: tentativo di cura con soluzioni ipertoniche . . 1848
Epilettico: stato —: trattamento 150
Epispadia ed enuresi ureterica nella donna; terapia chirurgica 107
Epitelio; v. Lipidi.
Epitelioma consecutivo ad osteomielite cronica . . 1787
— cutaneo della mano 626
— primitivo della vescica nello scroto 2034
—; v. a. Tumori.
Ereditarietà; v. Diabete.
Erezione; v. Nervo erigente.
Eritema infettivo: epidemia 873
Eritremia: trattamento 1752
Eritrodermia salvarsanica 908
Eritroleucemia; v. Milza.
Eritroleucemia con tbc. della milza 792
Eritropoiesi; v. Rosso Congo.
Ernia addominale laterale spontanea strozzata . . 24
— dello hiatus diaframmatico: sindromi anginose 189

Pag.

Ernia femorale consecutiva ad operazione di ernia inguinale 748
— inguinale: contemporanea presenza delle tre varietà 1844
— —: modifica al metodo Postempsky per la cura radicale 1447
— —: per il muscolo retto nell'operazione dell'— . 1010
— mediastinica; v. Piopneumotorace.
— mesocolica media 111
Ernie epigastriche contenenti il legamento rotondo del fegato 972
— mediastiniche; v. Pneumotorace.
— occulte della linea alba e ulcere gastriche . . . 1506
— strozzate ed enterorragie 967
—; v. a. Operazione di Bassini, Sacco erniario, Stenosi intestinale, Vescica ur.
Erotismo; v. Castrazione.
Erpete; v. Herpes.
Eruzioni cutanee influenzali 67
Esecuzioni capitali con i gas tossici 1261
Esercizi fisici come mezzo per conservare la salute 391
Esercizio muscolare; v. Cardiopatie.
Esofago: corpi estranei: estrazione 1501
—: plesso venoso 1712
—; v. Mega —.
Esofagoplastica pretoracica 619
Esostosi; v. Tibia.
Espettorazione: fisiologia e farmacodinamica . . . 662
Essenza di bergamotto; v. Antisettico.
Estratti anteipofisari ed ovarici; v. Ipofisi.
— —; v. a. Ostetricia, Ulcera gastro-duodenale.
— tiroidei; v. Tubercolosi laringea.
Estratto di tonsille; v. Emostasi.
Estremità; v. Arti.
Etmoide: ricerche 1146
Eugenica: criteri e pericoli 505
— e razzismo 1629
Eunucoidismo femminile 1346
Evipan; v. Narcosi.

F

Fanghi termali: solfobatteri 1463
Faringe; v. Ascessi perifaringei.
Farmacie: modificazioni alle legge sull'esercizio . 595
Fascia transversalis 1954
Febbre: meccanismo: fattore endocrino 1227
—: si deve combatterla? 778
—; v. a. Stati subfebbrili.
— da fieno; v. Idiopatie tossiche.
— — pappataci 1812
— eruttiva (tifo benigno) a Catania 1108
— —; v. a. Tifo esantematico.
— ghiandolare di Pfeiffer: casistica 1565
— — — —: epidemia 387
— ondulante a decorso atipico 1013
— —: terapia 68
— —; v. a. Sciatica.
— purpurea delle Montagne Rocciose a Parigi . . 424
— tifoide a Venezia 312
— —: collasso 68
— —; v. a. Tifoide.
Febbri atipiche; v. Tifo addominale.
— specifiche, specialmente scarlattina e morbillo: complicazioni 67
Feci; v. Sangue.
Fecondazione e nidazione in vergini 989
Fecondità femminile: variazioni cicliche 152

Pag.

Fegato: alterazioni funzionali nelle sindromi associate dell'addome destro 1953
—: emangio-endotelio-sarcoma in bambino 1175
—: emangio-endotelioma trattato chirurgicamente 1269
—: esame funzionale con la prova della santonina 1670
—: esame funzionale e lesioni istologiche nelle affezioni delle vie biliari extraepatiche 1952
— e vie biliari: idroterapia delle malattie 1268
— — — —. malattie: trattamento 2028
—: funzione nel ricambio idrico 1174, 1790
—: lesioni da tetracloroetano 1828
—: ormone emopoietico 1144
—: tubercolosi neoplastiforme 548
—: tumore ipernefroide 1828
—; v. a. Alcool, Ascessi epatici, Carboidrati, Cirrosi epatica, Cisti idatidea, Difterite, Epatoterapia, Itteri, Ormoni, Reazione di Takata-Ara, Reazione di Weltmann, Sangue, Sindromi, Stanchezza, Tubercolotici, Tumori.
Femore: allungamento operativo 1346
Femore: apofisite superiore 803
—: idatidosi: trattam. 1789
—; v. a. Fratture.
Fenolftaleina: intossicazione da — 981
Fenolo; v. Simpaticectomia.
Fenomeno di Donaggio; v. Sifilide.
— — Sanarelli-Shwartzman 1144, 1500
Ferite: cicatrizzazione 65
— da arma da fuoco: metodi fotometrici 1228
—: influenza delle luci monocromatiche 1426
—; v. a. Insulina, Seni.
« Fetor ex ore » (halitosis) 1990
Fibroadenoma; v. Mammella maschile.
Fibroma voluminoso libero entro l'intestino . . . 791
Fibro-sarcoma voluminoso del mesenterio 589
Fibrotorace: semeiotica 474
Filariosi: radioterapia 273
Fistola addominale da corpo estraneo 1056
Fistola perianale da corpo estraneo 1668
Fistole bronco-biliari consecutive alla litiasi . . . 102
—: cure con iniezioni sclerosanti 1465
— interne biliari 1177
—; v. a. Colon, Pionefrosi, Polineurite.
Flebite cronica ulcerosa da varici: cura 628
Flebiti e forme infiammatorie ginecologiche: irudinizzazione 229
—: evoluzione 628
—; v. Embolie, Trombo-.
Fleboclisi con glucosio 1348
Flemmone retto-sigmoideo 1786
Flogosi acute: reaz. di Kauffmann 69
Fluor; v. a. Leucorrea.
Fluoruro sodico: azione tossica 1462
Formaggio nella dieta dei dispeptici 1389
Foruncoli del labbro sup.: radioterapia 1309
Foruncolosi: cura mediante anafilatossina 1465
Forze sanitarie combattentiste 1732
Frattura del collo del femore: ricerche speriment. 1345
— viziosamente consolidata: trazione con filo . . 247
Fratture: consolidazione in rapporto alla calcemia 1959
— della scapola: sintoma di Comolli 1890
— dello scafoide 1827
— del metatarso e architettura del piede 1266
— e sistema endocrino 1259
— intracapsulari del collo del femore: necrosi del frammento prossimale 1179
— multiple delle ossa facciali 108
—: statistica 1346
—: trattamento cruento 1178

Pag.

Fratture; v. a. Calcagno, Cranio, Ossa ecc.
Frenicoexeresi: area di ipofonesi paravertebrale . 966
—: indicazioni e contro- 1257
—: meccanismo d'azione 1517
—: ombra mediastinica 712
—: ricerche preliminari 350
—; v. a. Collassoterapia polm.
Fritture e modificazioni dei grassi 874
Fronte: altezza della — 1897
Funicolo spermatico: torsione 1584
Fumo e disturbi sessuali 1034

G

Gabinetti medici: mance nei — 274
Gambe: ingrossamento 305
Gangliectomia simpatica; v. Paraplegia.
Ganglio cervicale inferiore 1462
— stellato; v. Anestesia.
Gangrena da malaria 630
— dei diabetici 184
— polmonare; v. Polmone.
Gardenal; v. Reumatismo.
Gas tossici; v. Esecuzioni capitali.
Gastrectomia larga: difficoltà e mezzi per sormontarle 979
— per ulcere gastro-intestinali 1109
Gastrite consecutiva a resezione per ulcera . . . 1110
— cronica: diagnostica 1921
— —: vedute attuali 672
— luetica ulcerata 283
—: trattamento 112
Gastroenterologia: endoscopia 310
Gastroenterostomia: circolo vizioso consecutivo . 1109
Gastroenterostomizzati per ulcera: amebiasi . . . 1145
Gastrorragie 216
Gastroscopia: tecnica 1264
Gemelli; v. Morbo di Hodgkin.
Ghiandole endocrine e personalità 1223
— sudoripare; v. Mammelle.
— surrenali; v. Surreni.
Gichero: tossità 1867
Ginecologi e radiologi 32
Ginecologia del medico pratico 1813
—; v. a. Ormoni.
Ginecomastia; v. Testicoli.
Ginocchio: chirurgia 870, 871
—: cisti meniscali 1695
—: ferite e flogosi purulente 180
—: lesioni legamentose: intervento 623
—: rottura bilaterale simultanea del legamento rotuleo 1695
—; v. a. Rotula.
Giurisprudenza sanitaria: quesiti . . . . 193, 393, 633, 673, 753, 833, 915 994, 1152, 1232, 1273, 1468, 1549, 1586, 1630, 1791, 1832.
Glicemia: azione della lupanina 1501
—: — di estratti pre-ipofisari 1030
—: come interpretarla 630
—: ricerche 347, 625
—; v. a. Blu di metilene, Cardiopatie, Diabetici, Glucosio, Iper-, Ipo-, Tubercolosi.
Glicerofosfato di calcio; v. Arteriosclerotici.
Glicina, Glicoccolla, Distrofia muscolare; v. Myastenia graviss.
Glicosuria e tubercolosi renali 991
—: prova di Trommer 832
— sintomatica 990
—: ricerche 347

Pag.

Glicosuria; v. a. Glucosio.
Globuli rossi; v. Tubercolosi.
Glomo carotideo 1112
— —, — sottocutaneo; v. a. Tumori.
Glucosio: dosamento nel sangue 1467
—; v. a. Cardiopatie, Diabete, Fleboclisi, Glicemia, Glicosuria, Lipemia.
Glutatione nelle malattie articolari 347
— nel liquido amniotico 747
—: nozioni attuali 823
—: ricerche 1462, 1855
Glutine: la scoperta del — 666
Gonococco: localizzazione cutanea primaria . . . 1072
—: vaccinoterapia delle infezioni da — 1744
—; v. a. Congiuntivite, Gonoreazione, Gonorrea, Infezione gonococcica.
Gonoreazione 542
Gonorrea: cura con acriflavina parenterale . . . 715
Gozzo colloide sperimentale provocato con la follicolina 474
Grande labbro; v. Lipomi.
Granulocitopenia primaria: etiologia e terapia . 792, 793
—: terapia epatica 1752
Granulomi coccidioidi 387
— infiammatori del tubo gastro-intestinale 749
Grassi: studi sul metabolismo 1423
—; v. a. Fritture.
Gravidanza: azione dell'ormone preipofisario tireotropo sul decorso della — 474
— complicata da lesioni renali: polipeptidemia . 268
—: contenuto calcico della mastoide 671
— doppia, intra ed extra uterina: manovre abortive 1933
— e anomalie dei genitali femminili 1266
— —: tumori del midollo spinale 1667
—: la diastasi pancreatica 1651
— normale: aminoacidemia 1307
—; v. a. Anemia, Benzolismo, Corioepitelioma, Nefrite, Parto, Pneumotorace, Reazioni, Sifilide, Urina, Utero, Vie urinarie, Vomito.
Gruppi sanguigni in medicina legale ed in antropologia 1070
— —; v. a. Oftalmologia.
Guaine tendinee: neoplasia con decorso clinico non comune 1666
Guerra batteriologica: è possibile? 1991

H

Haustra cecale: invaginazione primitiva 1785
— —; v. a. Cieco.
Herpes: concezioni attuali 60
— zoster: cura rapida 1911
— — e nevrite in diabetici senza glicosuria . . . 472
— — — varicella 828
— —; v. a. Dolori.
Hodgkin; v. Morbo di —.

I

Ictus emiplegico: impiego dell'acetilcolina 1347
Idatidosi del femore: trattamento 1788
Idiopatie tossiche 379
Idremia; v. Diuresi.
Idrocele essenziale: natura tubercolare 1425
—: trattamento sclerosante 1585
Idronefrosi da papilloma del bacinetto 1908

Pag.

Idronefrosi ignorate 2034
—: patogenesi 1864
—: rottura traumatica 790
Idropneumotorace: timpanismo paradosso 627
Idroterapia; v. Fegato.
Igiene e sua influenza sul prolungamento della vita 1509
Igiene negli esercizi pubblici 315
Ileocoloplastica per inversione 626
Ileo riflesso in colica da litiasi reno-ureterale . . 1582
Immunoterapia; v. Occhio.
Immunità: importanza dei riflessi condizionati . 1989
Immunotrasfusione nelle setticemie streptococciche 389
Inappetenza; v. Bambino.
Indacanemia in chirurgia urinaria 1862
Infantilismo intestinale; v. Steatorrea.
Infanzia; v. Adenopatie, Bambini, Convulsioni, Emottisi, Ittero, Lattante, Malattie veneree, Megalosomia, Narcosi avertinica, Neonato, Pleuriti, Tubercolosi ecc.
Infarto cardiaco a sintomatologia addominale . . 1369
— —; v. a. Cuore.
Infezione focale: revisione del concetto 823
— —; v. a. Reumatismo, Streptococchi.
— gonococcica; v. Blenorragia, Spondilosi rizomelica.
Infezioni acute: azione dell'ormone corticale . . . 83
—: terapia specifica 1745
—: trattam. con iniezione di carbone animale . . 510, 1866
—: vaccinoterapia 1781, 1818
— chirurgiche: dissociazione batterica 1954
— gassose; v. Iniezioni.
— urinarie: dieta chetogena 1910
—; v. a. Agranulocitosi, Allergia, Climi, Iniezioni, Vaccinoterapia ecc.
Influenza e paralisi dell'accomodazione 1083
— — raffreddore: etiologia e profilassi 302
—: l' — 14
—: trattamento 69
—; v. a. Encefalite.
Infortuni automobilistici da insulina 433
Infortunio sul lavoro e causa violenta 344
Iniezioni causa d'infezioni gassose 504, 1547
— di liquidi 1956
— endoossee 985
—: importanza delle regole di asepsi 831
Innesti epiploici; v. Aderenze viscerali.
— testicolari da uomo a uomo 787
— Voronoff: a proposito di — 313
—; v. a. Cute.
Insetti; v. Miasi, Mosche, Occhi, Pappataci.
Insulina: azione sui gas del sangue 1461
—: azione sull'eliminazione di bilinogeno 24
— come cicatrizzante 1222
—: per regolarizzarne l'azione 988
—: saggio di tolleranza 1547
—; v. a. Allergia, Cardiopatie, Diabete, Infortuni, Iperglicemia, Iperinsulinismo, Ipertensione arteriosa.
Intestino: cisti gassose 110
—: crisi occlusive recidivanti per ciste linfatica entero-mesenterica 1520
—: invaginazioni acute nei bambini ridotte col clisma opaco sotto lo schermo 112
—: perforaz. da mycosis fungoides 749
—: prolasso sottocutaneo traumatico 1502
—: stenosi consecutiva ad ernia strozzata 107

Pag.

Intestino tenue: drenaggio nell'ileo paralitico e nelle occlusioni 140
— —: resezioni 1905
— —: traumi 110
—: ulcere 738
—; v. a. Carenze alimentari, Cieco, Digiuno, Duodeno, Emorragie, Fibroma, Ileo, Invaginazioni, Occlusione, Ostruzione, Perforazione, Peristalsi, Protozoi, Retto, Sigma, Stenosi ecc
Intossicazione cronica da aceto-arsenito di rame (verde di Schweinfurt) 407
— da dial: trattam. 473
Intossicazioni da polipeptidi 2029
—; v. a. Avvelenamenti, Barbiturici, Fluoruro sodico, Salicilato di sodio, Tabacco, Tricloroetilene.
Intubazione duodenale: tecnica 1033
Invaginazioni intestinali e loro trattamento . . . 1111
— —; v. Intestino.
Invecchiamento: aumentato carico sulle valvole polmonari 1032
—: problemi 1853
—: profilassi 1420
Iodio; v. Jodio.
Ipercloridria; v. Ulcera gastro-duod.
Iperemia nei cancerosi 1954
Iperglicemia alimentare: meccanismo 1740
—, nervi splancnici e surrenali 113
—; v. a. Glicemia.
Iperidrosi: prescrizione 1192, 1231
Iperinsulismo spontaneo (nuova sindrome definita) 176
—; v. a. Pancreas.
Ipernefromi 1379, 1864, 1828
Iperostosi rachitica 1426
Iperparatiroidismo pseudo-osteomalacico 114
—; v. a. Paratiroidi.
Ipersensibilità; v. Allergia, Anafilassi, Tabacco.
Ipersurrenalismo sperimentale: alterazioni vascolari 392
Ipertensione arteriosa: azione dell'insulina e metabolismo degli idrati di Ca 1858
— —: cause 899
— —: cura chirurgica in alcune forme 1497
— —: cura con la ginnastica respiratoria 1221
— —: patogenesi 1585
— —: ricerche 1462
— —: trattam. 190
— cerebrale: attacco 99
— endocranica traumatica e sua cura 100
— parossistica e tumore del midollo surrenale . . 829
— — guarita con l'asportazione di un tumore surrenale 942
—, tensiofobia e psicoterapia 1779
—; v. a. Cuore, Surreni.
Ipertermia da bagni di mare? 1509
Ipertireosi: trattamento 1102
Ipertiroidismo; v. a. Cardiopatie.
Ipnotici non alcaloidei: usi e pericoli 538
Ipofisi ed epifisi: rapporti 546
—: necrosi a focolaio in perniciosa comatosa . . 1677
—: varia 468, 474
—; v. a. Estratto d'—, Glicemia, Obesità, Ormoni, Sindromi, Tumori.
Ipoglicemia costituzionale spontanea: diagnosi e terapia 24, 740, 1865
—; v. a. Insulina.
Ifomiceti patogeni: ricerche 1461
Iride: alterazioni post-vaiolose 268
Irradiazioni; v. Raggi.

Pag.

Irudinizzazione; v. Flebiti.
Isterectomia: sequela 107
Isterectomia; v. a. Utero.
Istituti di cura per tubercolotici: rette di ricovero 795
Istituto della Sanità pubblica 192, 194, 795, 1585
— sanatoriale « Benito Mussolini » 1961
Itteri da tumori maligni: diastasuria 1267
— e insufficienza epatica 1508
Ittero catarrale: cloro della vescichetta biliare . 1466
— — prolungato 20, 26
— come « seconda malattia » nell'infanzia 1267
— emolitico: tentativo di cura con thorotrast . . 1318
— epatico 1399
— epidemico cosidetto catarrale a decorso prolungato e con ascite 2
— grave: diatesi emorragica trattata con bile di bue 1268
—: prove diagnostiche cutanee 1460
—; v. a. Leishmaniosi, Ulcera duodenale.

J

Jodio; v. Urine.

L

Labbro inferiore: stato precanceroso (cheilite ghiandolare) 1063
Labirinto: clinica delle infiammazioni 901
Lambliasi: sintomatologia 1109
—; v. a. Vescichetta biliare.
Laparotomie; v. Argento colloidale.
Laringiti post-morbillose: presenza di bacillo difterico 69
— tubercolari: patogenesi, evoluzione e cura . . . 1776
Larve di mosche: allevamento 192
— — —; v. a. Miasi.
Latino come lingua scientifica 1029
Lattacidemia; v. Cardiopazienti.
Lattante: « ospedalismo » 942
—; v. a. Diarrea, Infanzia.
Latte: formazione 1192
Lavande vaginali: abuso 230
Lavoratori; v. Assistenza, Malattie dei cassoni, Materiali, Operai, Pescatori, Zolfatari.
— di palude; v. Spirochetosi.
Lavoro delle donne e dei fanciulli: tutela . . 955, 1430
—; v. a. Infortuni, Malattie professionali, Tubercolotici.
Lebbra: cura 313
Lecitina; v. Sclerosi multipla.
Lessi sanitarie 834
— —: *Testo Unico* 1076, 1113, 1351, 1468, 1672
Leishmaniosi a Roma 1227, 1492
— cutanea autoctona nella prov. di Forlì 813
— —: röntgenterapia 1480
— infantile: sieroreazione nuova 1628
— interna con ittero grave 269
— nel cane e nel gatto a Catania 65
— viscerale in adulto 589
—; v. a. Sodoku.
Leucemia acuta: corpi di Auer 746
—: ricerche 1107
—; v. a. Coliti, Emopatie.
Leucemici: accidenti bucco-faringei 704
Leucociti: ricerche 1422
Leucorrea nelle vergini 1738
—; v. a. Trichomonas.

Pag.

LIGABUE P. 201
Ligamentum pulmonale 621
Linfatismo e attività psichica 1579
—: clinica e terapia 1454
— e costituzione 255
—: il — 1711
— nel dominio del dermatologo 1308
Linfo-adeniti tubercolari 1255
Linfografia sperimentale 1107
Linfogranulomatosi inguinale 1306
— —: prova di Frei 69
— —; v. a. Blenorragia.
— maligna 61
— nella colonna vertebrale 1787
—; v. a. Stomaco.
Linfomonocitosi adenopatica infettiva o rubeola? 1423
Linite plastica 338
Lipemia dopo carico di glucosio in soggetti normali 349
— nel carcinoma dell'utero irradiato 1307
Lipidi nel tessuto epiteliale 1075
Lipodistrofia progressiva (malattia di Barraquer-Simons) 885
Lipoidi e malattie lipoidee 1545
—; v. a. Degenerazione grassa.
Lipoidosi con manifestazione cutanea 1545
—: le — 1064
Lipoma puro intraparotideo congenito 1406
Lipomi del grande labbro 1616
Liquido amniotico; v. Glutatione.
— c.-sp. e sangue: barriera 508
— —; v. a. Gravidanza, Neurolue.
— pleurico: mucina 672
Litiasi; v. Calcolosi.
Litotribolapassi 860
Lobelina; v. Asfittici.
Locuste nell'alimentazione 914
Luce; v. Ferite, Radiazioni, Sole.
Lupanina; v. Glicemia.
Lupus erythematodes: rapporti con le malattie interne 713
Lussazione; v. Mandibola.

M

Magrezza: terapia 1865
Malaria: anofeli infetti: alterazioni delle glandole salivari 433
—: azione del chinino 2022
—: campagna contro la — nell'Agro Romano . . . 230
— latente: infettività del succo splenico 1422
—: lotta contro la — mediante chinoplasmina . . 633
— nell'Agro Pontino 1025
— nelle scimmie 1382
—: note 855
—: nuova terapia 1033
—: nuove ricerche sui parassiti 29, 1830
—: profilassi individuale 954
— quartana: il mistero della — 657
—: reazione di Henry 607
— sperimentale 1030
—: zooprofilassi 1191
—; v. a. Gangrena, Perniciosa.
Malarioterapia nell'antichità 716
—; v. a. Cheratite, Milza, Paralisi progressiva, Paralitici.
Malattia celiaca (di Gee) 1711
— —; v. a. Steatorrea.

Pag.

Malattia dei cassoni: sindrome ossea 1230
— di Barraquer-Simons; v. Lipodistrofia.
— — Bright: oliguria e albuminuria 1020
— — Heine-Medin; v. Poliomielite.
— — Lobstein; v. Osteopsatirosi.
— — Mikulicz e diabete 67
— — Morquio 1670
— metatarsea di Köhler 1670
Malattie digestive; v. Arti.
— di Perthes e di Osgood-Schlatter: diagnosi con la tbc. articol. 1211
— infettive; v. Allergia, Infezioni.
— interne; v. Lupus.
— nervose: terapia fisica 17
— —; v. a. Bacillemia tubercolare.
Malattie professionali: v. *Assicurazione.*
— reumatiche e antiemolisine 1753
— settiche; v. Trasfusione di sangue.
Malattie veneree: *profilassi; assistenza alle madri ed ai bambini* 554
—; v. a. Morbi, Sindromi, Sedentaneità, Stagioni ecc.
Mammella maschile: fibroadenoma su ginecomastia 1227
— muliebre. studio radiologico 1953
— sanguinante per ectasia generalizzata dei galattofori 953
Mammelle: amputazione per cancro 230
—: cancro bilaterale 1219
—: — delle glandole sudoripari 1465
—: ipertrofia massiva in ragazze 953
Mandibola: lussazione posteriore monolaterale . . 570
—: radiologia 1107
Mano; v. Epitelioma.
MARIE A. 1635
Mascellare: cancro 908
Massaggio nella medicina generale 343
Masticazione; v. Muscoli masticatori.
Mastoide; v. Gravidanza.
Materia vivente: la — 1663
Maternità delle lavoratrici: *tutela* 395, 754
—; v. a. Malattie veneree, Ostetricia.
Matronismo di Pende; v. Nanismo.
Mediastino: cisti dermoide 1995
—; v. a. Ernia del —, Toracoplastica.
Medici condotti: *stipendi minimi*: *riduzioni* . . . 1234
Medici condotti; v. a. *Sanitari condotti.*
Medicina legale e sociale: congresso 1070
Medici visitatori per la vigilanza sul meretricio: *nomina* 1914
Medici; v. a. *Professionisti.*
Medicina sportiva: congresso internazionale . . . 1748
Medicinali non ancora autorizzati: *disciplina sanitaria* 394
Medico: *il — nel Regime Fascista* 634
Medico romano del 1º secolo 622
Medulloblastoma 1218
Megacolon congenito: simpatectomia addominale 707
Megaesofago: cura chirurgica 1825
Megalosomie infantili 1496
Melanoma anorettale 1378
Meningite tubercolare cerebrale e spinale e sindrome di Froin 2022
— —: radioterapia 606
—; v. a. Aracnoidite, Emiplegia, Spirochetosi.
Meningo-encefalite; v. Emiplegia.
Meningocele 1426
Meretricio; v. Medici visitatori.

Pag.

Mesenterio; v. Fibro-sarcoma.
Mestruazione e malattie 952
—; v. Ciclo sessuale.
Metabolismo basale: metodo pratico per la ricerca 912
—; v. a. Acidi organici grassi.
Metalli: azioni oligodinamiche 1466
Metastasi; v. Ossa.
Metatarso; v. Fratture, Malattia metatarsea.
Meteorologia; v. Umidità.
Meteoropatie 1947
—; v. a. Asma, Clima, Umidità.
Metodo di Bazzano; v. Ulcera gastro-duodenale.
— — Giuffrida; v. Emottisi.
— — Leotta; v. Tbc. polmonare.
— — Loewenstein; v. Bacillo tubercolare.
— — Meltzer-Lyon; v. Coliche epatiche.
— — Orr; v. Osteiti tubercolari.
— — Rehberg; v. Urologia.
— — Willems; v. Artriti purulente.
Metriti del collo: trattamento 229
Mialgia epidemica 1390
Miasi da «Lucilia caesar» e dermatite vegetante degli arti inferiori 109
—; v. a. Empiema putrido.
Miastenia progressiva: opoterapia cortico-surrenale 830
—; v. a. Myastenia.
Micosi fungoide 24
— —; v. a. Tubercolosi.
Microscopio a fluorescenza 549
Midollo lombare; v. Paraplegia.
— osseo: trapianti 1425
— spinale: tumori del — e gravidanza 1667
— —; v. a. Roentgenterapia, Tumori.
Mielosi funicolare (sindrome di Lichtheim) 1544
— osteomalacica (aleucemica decalcificante) 1988
Mikulicz; v. Malattia di —.
Milza: cisti calcificata 1148
—: cisti voluminose 860
— e ricambio 745
—: rottura da periarterite nodosa 1306
—: — spontanea in corso di malarioterapia 1149
—: torsione sul peduncolo; sindrome appendicolare 650
—: tumore di — nell'infanzia 861
—; v. a. Arteria splenica, Malaria, Tubercolosi, Tumore di —.
Minorenni; v. Delinquenza.
Miopatie: metabolismo e terapia 62
—: terapia moderna 742
Mixosarcoma; v. Utero.
Morbillo; v. Febbri specifiche, Nefropatie.
Morbo di Addison a sintomatologia frusta e ad evoluzione prolungata 829
— — Basedow: terapia chirurgica 384
— — Bürger: patogenesi 1345
— — —: reperti d'autopsia 1893
— — Cushing: adiposità costituzionale e virilismo surrenale 941
— — Hand-Schüller-Christian 1387
— — Hodgkin simultaneo in due gemelli 752
— — —: tentativo di trattam. con siero di gallina 69
— — Kahler 733
— — Pott e paraplegia 1266
— — Schlatter-Osgood 989
— — Vaquez: trattamento 1461
—; v. a. Malattie.
Morte di Cavour 1341
Morti apparenti e improvvise 1466
Mosche; v. Larve di —.

Pag.

Moto: meccanismo e concetti di riparazione del-
Muscolatura bronco-polmonare: alterazioni 302
Muscoli masticatori: ergografia 1145
—: plastiche e trapianti 1500
—; v. a. Tono muscolare.
Musica: effetti benefici sui pervertiti 1621
Mutue: il problema delle — 1311
Myastenia gravis: cura con glicina 1985
—; v. a. Miastenia.
Mycosis fungoides; v. Intestino.
Myiasi; v. Miasi.

N

Nanismo endocrino: nanismo paratiroideo e matronismo precoce di Pende 56
—; v. a. Diabete.
Narcosi avertinica in chirurgia infantile 1099
— endovenosa con l'evipan nella grande chirurgia 1098
—; v. a. Anestesia, Chirurgia.
Naso: plastiche 1253
—; v. a. Simpaticosi.
Natalità; v. De-.
Naturismo 1183
Nefralgia ematurica essenziale 670
Nefrite anafilattica 669
— dolorosa pseudolitiasica 2034
— in gravidanza e nefrosi gravidica: diagn. differ. 1228
—: tipi e loro cura 669
Nefriti: classificazioni 584, 857
— e pressione arter. 908
—; v. a. Malattia di Bright.
Nefrolitiasi: complicazioni 1188
Nefropatia grave: azione benefica del morbillo . 1544
Nefropatie: direttive moderne nella terapia . . . 1043
—: raffronto fra «urea clearance» e valori del filtrato glomerulare 24
Nefropessia: risultati lontani 1852
— e nefrotomia: complicanze 1907
Nefrosi lipoidea e suoi rapporti con la nefrite glomerulare 668
—; v. a. Pio-.
Neonati; v. Infanzia, Oftalmie e pseudo-.
Neoplasmi: diatermocoagulazione 66
—: trapianto eterologo 745
—; v. a. Tumori.
Nervi: degenerazione e rigenerazione 789
— in rigenerazione: esperienze 262
Nervo carotideo interno: resezione 472
— erigente: azione sulla motilità della vescica e del colon 511
— frenico; v. Tbc. polmonare.
Neuralgie; v. Nevralgie.
Neurastenia: trattam. 150
Neurinoma; v. Stomaco.
Neuroblastomi cutanei 712
Neurolue; v. Neurosifilide.
Neurosifilide: riattivazione del liquor 1307
—: trattamento 1136
—; v. a. Malarioterapia, Paralisi p., Piretoterapia, Sifilide, Tabe.
Neuropatie; v. Sieroreazioni.
Neurosi; v. Psico-.
Neutropenie: trattamento con crema di leucociti . 1230
—; v. a. Granulocitopenia.
Nevralgia facciale 1133
— intercostale sintomatica di ulcera gastrica e duodenale 168

Pag.

Nevralgie artrogene 1452
— cervico-brachiali 1016
— del trigemino: interpretazione patogenetica . . 1030
—; v. a. Dolori, Sciatica.
Nevrite; v. Herpes zoster, Poli-.
Nicotina; v. Avvelenamento.
Nitrofenina, acceleratore delle combustioni organiche 1335
—; v. a. Dinitrofenolo.
NOVARO G. F. 1635
Nuoto: sviluppo infantile in relazione al — . . . 174
Nutrizione: valutazione 751

O

Obesità a base ipofisario-surrenale 1187
— e condizioni connesse: cura con dinitrofenolo . 1546
— —: sistema endocrino 1645
—: patogenesi 1865
—; v. Nitrofenina.
Occhi: affezione acuta da insetti 24
—: affezione da tintura delle sopracciglia 114
—: distrofia corneale 24
Occhio: applicazioni farmaco-dinamiche 589
—: immunoterapia nelle affezioni dell' — 989
—: manifestazioni sull' — di malattie allo stato iniziale 1337
—; v. a. Cefalea, Influenza, Oftalmie, Papilla da stasi, Paralisi oculari, Retina, Tubercolosi, Xantomatosis bulbis, Xeroderma pigmentoso ecc.
Occlusione intestinale da ascaridi 748
— sperimentale del colon 1784
Occlusioni intestinali: alterazioni del pancreas . . 546
— —: casistica 1169, 1172
— —: ricerche 1501
Oftalmie e pseudo-oftalmie dei neonati 151
Oftalmologia e gruppi sanguigni 989
Olfatto e sesso 945
Oliguria; v. Malattia di Bright.
Olivo e olio in medicina 984
Onde corte in terapia 104
— —; v. a. Ascesso polmonare, Brucellosi, Calore, Elettroterapia.
Opera Pia Nazionale di assistenza e di educazione per orfani di sanitari 1631, 2037
Operai addetti alla panificazione: affezioni dell'apparato respirat. 1959
—; v. a. Lavoratori.
Operandi: valore prognostico dell'azotemia e dell'acidosi 51
Operati: alzata precoce 1145
Operazione di Bassini: concetti informativi . 723, 1325
— — — e modificazioni proposte . 291, 1326, 1332, 1334
— — Brauer; v. Sinfisi cardiaca.
Operazioni chirurgiche: sequele; v. Embolie, Emorragie, Flebiti, Stomaco, Tetania ecc.
— —; v. a. Camera operatoria, Cloremia, Complicazioni, Pressione sanguigna, Singhiozzo ecc.
Opoterapia e diastasi tissulari 786
—; v. Emofilia, Miastenia, Ormoni, Sangue.
Orbita; v. Cisti idatiche, Corpo estraneo, Tumori.
Orecchio. sindromi acute 220
—; v. a. Labirinto, Riflesso.
Orfani di sanitari; v. *Opera Pia Nazionale*, ecc.
Organi genitali femminili; v. Gravidanza.
— — maschili dei bambini: espansioni nervose . . 1544
— — —: studio radiografico 631

Pag.

Ormone della corteccia surrenale: azione sulla secrezione gastrica 1460
— — — — cristallino 1348
— corticale; v. a. Infezioni.
— disintossicante del fegato 594
— gonadotropo in casi di epitelioma dell'utero . 1101
— ipofisario del pigmento 273
Ormoni in terapia 709
—; v. a. Anti-, Ciclo mestruale, Fegato, Opoterapia, Secrezioni interne.
Oro: azioni 1071
—; v. a. Sanocrisina.
Orticaria; v. Urticaria.
Oscillografia clinica 1390
Ossa: ascesso cronico 976
—: chirurgia: un nuovo passalacci 335
—: fragilità congenita 746
—: metastasi di carcinoma del collo dell'utero . . 1740
—: tumore di Ewing 1217
—; v. a. Fratture, Iniezioni, Lussazioni, Traumi ecc.
Ossalato di calcio; v. Urine.
Ossido di carbonio; v. Blu di metilene.
Osteite deformante 975
— tubercolare multipla cistoide 1788
Osteiti tubercolari: cura col metodo di Orr 1789
Osteo-artrite; v. Ginocchio.
Osteocondrodistrofie sistematiche della crescenza 614
Osteodistrofia ossea generalizzata di Frugoni e Alessandri 1604
—; v. a. Malattia di Morquio.
Osteomalacia e calciopessi 1437
—; v. a. Mielosi.
Osteomielite acuta delle ossa lunghe: postumi . . 1139
— cronica; v. Epitelioma.
— dello sterno: guarigione 1139
Osteoporosi circoscritta del cranio 975
— diffusa; v. Anemia infantile.
— dolorosa post-traumatica del piede 1670
— post-traumatica: trattam. con simpaticectomia periarter. 1180
—; v. Anemia.
Osteopsatirosi (malattia di Lobstein) 974, 1669
Osteosarcoma: metastasi polmonare 1071
Osteosi fibrocistica: paratiroidectomia 1305
Osteosintesi 1178
Ostetricia: assistenza; protezione della maternità 353
—: impiego di dilaudid-scopolamina 1912
—: misfatti degli estratti ipofisari 1912
—; v. a. Anestesia, Parto.
Ostruzione del coledoco; v. Coledoco.
— intestinale: l'assorbimento nell' — 340
— — post-operatoria: trattam. 751
Otalgie 1535
Otosclerosi 221
OTTOLENGHI S. 1119, 1993
Ovaia: adrenoblastoma 953
Ovaio: carcinoma primitivo in ventenne? 1443
—: neoplasma solido 790
—; v. a. Tumori.

P

Palato: perforazione da protesi dentaria 1145
Pancreas: adenoma; iperinsulinemia consecutiva 1101
—: affezioni acute in seguito a interventi sullo stomaco e duodeno 1148
—: cisti 1953
—: nodo aberrante 1228

Pag.

Pancreas: stato funzionale nello scompenso cardiaco . . . 1182
—: studio della funzionalità . . . 1397
—; v. a. Angina pectoris, Diabete mellito, Gravidanza, Occlusioni intestinali, Pancreatiti, Steatorrea, Stomaco, Succo pancreatico, Tumori.
Pancreatite intestinale acuta . . . 1148
Pancreatiti croniche . . . 323, 923, 1952
Pane: il — . . . 2036
Papilla da stasi acuta e sua terapia d'urgenza . 1108
— di Vater: cancro . . . 1828
Pappataci; v. Febbre da —.
Paralisi degli arti: impiego dei tendini artificiali in seta . . . 209
— difterica sperimentale . . . 384
— oculare; v. Rachianestesia.
— progressiva: cisterno-malario-terapia . . . 1667
— —: profilassi e cura . . . 1107
— —; v. a. Malarioterapia, Rachianestesia.
— spastica: interventi sul simpatico . . . 620
Paralitici malarizzati: avvenire . . . 473
Paraplegia da lesione traumatica del midollo spinale: tentativi di cura . . . 603
— in scoliotico . . . 937
— spastica: trattam. con gangliectomia simpatica lombare . . . 736
—; v. a. Morbo di Pott.
Parassiti malarici; v. Malaria.
Parassitismo intestinale e succo gastrico . . . 1109
— —; v. a. Lambliasi, Protozoi.
Paratifo C . . . 5
—; v. a. Porpore, Vaccinazione.
Parotide: cancro . . . 1220
Parotite: nuove concezioni sulla patogenesi . . . 329
Paratiroidi: chirurgia . . . 830, 831, 1305
—: còmpito . . . 113
—: studi . . . 992
—: tumori . . . 830
—; v. a. Artriti, Iperparatiroidismo, Sclerodermia, Sindromi.
Parkinsonismo postencefalitico: cura . . . 785, 1951
—; v. a. Encefalite, Tremore.
Parto prematuro artificiale: metodo rapido . . . 868
—; v. a. Aborto, Gravidanza, Utero.
Pellagra in Inghilterra . . . 1105
Pelle; v. Amebiasi, Arsenobenzoli, Cute, Diabetico, Epitelioma, Eruzioni, Gonococco, Linfatismo, Lipoidosi, Miasi, Neuroblastomi, Oro, Pigmento, Radioterapia, Scottature, Sifilide, Tessuto sottocutaneo, Tromboangioite, Tubercolosi cutanea ecc.
Pelvi renale: leucoplachia . . . 1908
— —; v. a. Bacinetto, Pielografia, Pielonefriti, Tumori.
— ossea; v. Bacino.
Pene; v. Diabetico, Tubercolosi.
Pepsina; v. Ulcera gastrica.
Percaina; v. Rachianestesia.
Perforazioni gastro-duod.; v. Stomaco.
— intestin. nelle infezioni tifose . . . 1425
Periarterite nodosa; v. Milza.
Peristalsi intestinale: ricerche . . . 552
Peritonite biliare . . . 103
— cosidetta senza perforazione della cistifellea . . 1828
— cronica incapsulante . . . 847, 852
—: sieroterapia e sue basi scientifiche . . . 1104
—; v. a. Amebiasi.
Peritoniti acute: batteriologia . . . 873
— purulente . . . 1229
— tifiche . . . 1229
Periviscerite . . . 1637

Pag.

Periviscerite; v. a. Aderenze.
Perniciosa comatosa; v. Ipofisi.
Pertosse e sue manifestazioni radiologiche . . . 1753
—; v. a. Tosse spasmodica, Vaccini.
Pescatori di spugne: malattia dei — . . . 1416
Piaghe; v. Decubiti
Piastrine: derivazione . . . 632
—: nuovo metodo per la conta . . . 954
Piastrinemia; v. Rosso Congo.
Piedi; v. Epidermofizia.
Pieloflebite . . . 382
Pielografia discendente: fenomeni . . . 632
— retrograda: eccezionale reperto . . . 1908
Pielonefriti in rapporto con la vita sessuale nella donna . . . 229
Piemia osteoflebitica di Körner . . . 619
Piemie: trasfusione sanguigna . . . 390
Pigmento cutaneo: fisiologia normale e patologica 467
—: v. a. Ormoni.
Piombo; v. Avvelenamento, Sclerosi multipla.
Pionefrosi da tifo . . . 670
— fistolizzata in un caso di uretere duplice . . . 66
Pio-pneumotorace da perforaz. pleuropolmonare con pronunziata ernia mediastinica . . . 1415
Piouraco . . . 312
Piretoterapia ed affezioni del sistema nervoso . . 1847
Piretoterapia nelle schizofrenie . . . 540
—; v. a. Malarioterapia, Psicosi.
Piscine; v. Congiuntivite.
Pituitrina; v. Dolori, Opoterapia.
Plastiche e trapianti muscolari . . . 1500
—; v. a. Innesti, Naso.
Pletora medica nel Regno ed immigrazione di medici stranieri . . . 1868
—; v. Empiemi, Liquido pleurico.
Pleurite colesterinica . . . 1128
— essudativa: compartecipaz. scissurale . . . 1502
— siero-fibrinosa tubercolare: cura . . . 272
— tubercolare: caratteri clinici differenziali in rapporto ai vari momenti dell'infezione . . . 91
Pleuriti: banda di coagulazione secondo Weltman . . . 523
— essudative: puntura precoce . . . 350
— purulente dell'infanzia . . . 1305
—; v. a. Pneumotorace, Pleuropatie.
Pleurodinia epidemica . . . 1103, 1959
Pleuropatie nell'Esercito . . . 1818
Pneumectomia nell'uomo . . . 1074
Pneumococchi: vaccinoterapia delle infezioni da — 1743
—; v. a. Bile, Polmonitiche: affezioni —.
Pneumonite; v. Polmonite.
Pneumotifo . . . 1146
Pneumotorace art. abbandonato: ripresa . . . 108
— — emostatico: valore relativo della pressione endopleurica . . . 372
— —: ernia mediastinica . . . 143, 547
— — in gravidanza . . . 1425
— —: ipertrofia polmonare vicaria . . . 712
— — nella polmonite lobare . . . 1357, 1362
— —: nuovo caso di urto toraco-polmonare . . . 1709
— — omolaterale: quando deve ritenersi impossibile . . . 883
— —: reazione emoclasica da insufflazione per determinare la sospensione del — — nella tubercolosi polmonare . . . 498
— —: pleurite provocata . . . 547
— —: sezione chirurgica a cielo aperto delle briglie e aderenze . . . 1495
— —; v. a. Collassoterapia, Empiema, Idro —.

Pag.

Pneumotorace spontaneo 683, 728
Poliartrite reumatica, terapia salicilica e alterazioni renali 670
Poliartriti; v. Artriti.
Policitemia vera e ulcera duodenale: rapporti . 1761
—; v. a. Eritremia.
Polineurite aurica 910
— da avitaminosi da latte 310
— — B-avitaminosi con fistola gastro-digiuno-colica 1250
Poliomielite ant. acuta: diagnosi differenziale . . 1533
— — —: la — 818
— — —: profilassi 819
— — —: terapia 1030, 1389
Polipeptidi: v. Intossicazioni.
Polisclerosi; v. Sclerosi a placche.
Pollini: sostanze cutireattive 1423
Polmone: cisti da echinococco primitiva 1346
—: collasso massivo 1461
— con aspetto policistico 1228
—: focolaio gangrenoso 1426
—: metastasi di osteosarcoma 1073
—: modificazione del reperto ascoltatorio sotto l'influenza di sostanza ad azione vagosimpatica . 931
—; rottura da scoppio 1954
Polmoni: cancro 1137, 1626
—: — e tubercolosi 1628
—: semeiotica 828
—; v. a. Actinomicosi, Apicolisi, Ascessi, Complicazioni, Edema, Ligamentum pulmonale, Suppurazioni, Tubercolosi.
Polmonite da actinomyces 1306
— lobare: pneumotorace art. 1357, 1362
— pneumococcica: recidive 1660
—: pressione venosa 149
Polmonitiche: affezioni —; varî tipi sierologici di pneumococchi 443
Polso (articolaz.): chirurgia 872
Popolazione dell'India 1997
— nel mondo 1913
Poppante: « sguardo fiero » 28
—; v. a. Bambino, Diarree.
Porfirina: ricerche 1423
Porpora emorragica da paratifo B in soggetto con avitaminosi latente 1482
—: sindrome di —, da chinino 1751
Porpore emorragiche e trombopenia 703
—; v. a. Diatesi emorragica.
Porta; v. Vena —.
Portatori del bacillo di Eberth nelle endemie tifiche 253
Potassiemia; v. Asma.
Presbiacusia e suo trattamento 1698
Presbiopia e durata della vita 475
Pressione arteriosa nelle alterazioni cardio-vascolari 189
— — normale 874
Pressione sanguigna dopo operazioni addominali 1032
— —; v. a. Ipertensione, Ipotensione, Nefriti, Oscillografia.
— venosa nello stato di salute e di malattia . . . 873
— —: valore in clinica 349
— —; v. a. Polmonite, Tubercolosi polm.
Proctologia: nozioni pratiche 21
Professionisti senza lavoro: per i — 1873, 1874
Prolan; v. Testicolo.
Prostata: anestesia locale infiltrativa prima della resezione 501
—: chirurgia transuretrale 109, 859

Pag.

Prostata: varia 1909
—; v. a. Anestesia, Ritenzione urinaria, Tumori.
Prostatectomia: sequela 109
Proteinuria Bence-Jones e lesione renale 589
Protozoi parassiti intestinali nell'uomo 368
— — —; v. a. Lamblia.
Prova di Donath e Tanne; v. Cute.
Prove; v. Reazioni.
Psicanalisi e la guerra 1815
Psichiatria medico-legale 1071
Psichismo dei soggetti linfatici 1579
Psicologia biologica e psicopatologia 698
Psiconeurosi: forma insueta 1072
Psicopatie: azioni dell'adrenalina 508
— croniche: piretoterapia 472, 473
—, Psiconeurosi; v. a. Intossicazione, Reazioni.
Psicoterapia; v. Iperteso.
Pubertà: piccola — del Pende e infanzia neutra di Stratz 1100
Pugilato: conseguenze neuro-psichiche 22
Punti dolorosi; v. Nevralgie, Stomaco.
Purpora; v. Porpora.

Q

Quarto ventricolo; v. Tumori.

R

Rachianestesia: alterazioni del liquido rachidiano 552
Rachianestesia e paralisi oculari 1425
— e paralisi progressiva 1906
—: efedrina e carbogeno negli accidenti della — . 782
— col metodo Jones 552
Rachianestesia percainica 548
— — nel taglio cesareo 298
— tutocaino-adrenalinica 507
—; v. a. Anestesia, Cefalea.
Rachitismo; v. Iperostosi.
Radiazioni; v. Raggi.
Radioattività; v. Acque.
Radiochimografia; v. Tubercolosi polm.
Radioconsultazioni mediche 1310
Radiodiagnostica clinica: recenti metodi 1265
—; v. a. Radiologia.
Radiologi e ginecologi 32
Radiologia e radiumterapia: nuove disposizioni per la disciplina 513
— medica: congresso 1623
—: note 151, 152, 631
—: progressi nei metodi di esplorazione 502
—; v. a. Artropatie, Bronchiettasie, Cervello, Cistifellea, Colangiografia, Colecistografia, Colon, Cuore, Duodeno, Encefalografia, Linfografia, Mammella, Mandibola, Pertosse, Radioterapia, Ulcera duodenale, Urografia.
Radioterapia delle forme infiammatorie acute della pelle 349
— del midollo spinale e dei nervi periferici . . . 1624
— — simpatico 1624
— nella pratica medica 349
—: tecnica per la selezione delle irradiazioni . . 336
—: v. a. Encefalo, Filariosi, Foruncolosi, Leishmaniosi cutanea, Meningite tbc., Radiologia, Radiumterapia, Tubercolosi polm., Tumori.
Radiumterapia dei tumori maligni, della vescica e della prostata 1909
—; v. a. Prostata, Tumori, Vescica.

Pag.

Raffreddore comune 68
— e influenza: etiologia e profilassi 302
—: trattamento 272
—: — nel bambino 351
Raggi mitcgenetici 65, 1501
— solari: azioni 1147
— ultra-violetti nella cura delle malattie . . 342, 449
— —: ricerche 1500
— X; v. Aborto, Radiologia.
Ramon y Cajal S. 2071
Razze pure 632
Razzismo; v. Eugenica.
Reazione citochol nella sifilide 28
— di Aschheim-Zondek con il liquido cefalo-rachidiano delle gravide 1424
— — — in gravidanza con feto morto 1145
— — Henry; v. Malaria.
— — Kahn per la sifilide nei malati di mente . . 828
— — Piazza; v. Tubercolosi.
— — Takata-Ara in ammalati d'interesse chirurgico 747
— — —: meccanismo 791
— — — nei malati di fegato: valore diagnost. e prognost. 1681
— — Wassermann; v. Sifilide.
— — Weltmann nelle malattie di fegato 1544
— intrauretrale alla tubercolina 552
— rapida Cantani nella sifilide 1893
Reazioni allergiche crociate nella tubercolosi e nelle brucellosi 1712
—; v. a. Brucellosi, Difterite, Flogosi acuta, Linfogranulomatosi, Neurolue, Pleuriti, Sierodiagnosi, Sierologia, Sifilide, Tubercolosi ecc.
Referto; obbligo ed omissione 1350
Rene a ferro di cavallo 1188
— — — — —: tubercolosi unilaterale 1953
— con calici extrarenali 311
— policistico 311, 1188
Reni: alterazioni nelle brucellosi 1852
— amiloidi e ricambio del cloruro di sodio 1188
—: amiloidosi 1940
—: antrace 1864
—: decorso delle malattie dei — 311
—: esame funzionale 1940
—: funzionalità e metodi di indagine 1862, 1863
—: funzione: studi 1861, 1862
— grinzi: basofili punteggiati 1460
—: infezione simulante la tbc. 149
—: reinterventi 989
—: traumi 1907
— uronefrotici: rottura traumatica 311
—: studi ed esperienze . . 1861, 1862, 1863, 1864, 1907
—; v. a. Creatinina, Diabete, Diuresi, Ematuria, Epatici, Glicosuria, Gravidanza, Poliartrite reumatica, Sangue, Tubercolosi renale.
Respirazione artificiale; v. Cardiopatie.
— di Adams-Stokes: impiego dell'efetonina 149
— nella stratosfera 1541
—; v. a. Tiroidectomia.
Reticolo endotelio; v. Sistema ret.-endot.
Retina: distacco: terapia chirurgica 1600
Retinite; v. Corio-.
Retto: operabilità del cancro 1507
: perforazioni da impalamento 341
—; v. a. Atresia, Dolore, Flemmone, Melanoma, Proctologia, Sigma-.
Rettoscopia: accidenti gravi 141
Reumatica: infezione —: diagnosi e terapia . . . 1380
Reumatismi acuti e subacuti: cura 1496

Pag.

Reumatismi articolari acuti e cronici: reperti batterici 660
— della spalla e del braccio 869
—: terapia dei dolori 869
Reumatismo: conferenza scientifica internazionale sul — 1625
—: congresso internazionale contro il — 948
—: etio-patogenesi 144
— gardenalico 870
—: patologia dal punto di vista dell'etiologia streptococcica e dell'infezione focale 1241, 1287
— tubercolare cronico: diagnosi 869
— vertebrale: complicazioni nervose 1575
—; v. a. Apoplessia, Clima, Malattie reumatiche, Poliartrite.
Ricambio idrico in seguito a resezioni estese del tenue e del colon 1784, 1785
— —; v. a. Fegato, Metabolismo, Milza.
Riflessi condizionati e abitudini 222
— —; v. a. Immunità.
Riflesso da solletico ascellare 868
— delle dita del piede nelle affezioni auricolari dei bambini 1270
— di Liget nella diagnosi delle affezioni addominali 145
— rotuleo: nuova manovra per esaltarlo 1996
— —: registrazione bilaterale contempor. 1304
Riflessoterapia; v. Sciatica.
Ritenzione urinaria da ascessi prostatici 1190
Riviste mediche statali? 1998
Rospo; v. Veleni.
Rosso Congo: azione sulla piastrinopenia e sull'eritropoiesi 643
— — nella terapia dell'anemia perniciosa 1855
Roentgenterapia; v. Radioterapia.
Rotula: lussazione congenita 386
—; v. a. Ginocchio, Riflessi.
Rubeola; v. Linfomonocitosi.
Russia sovietica: organizzazione sanitaria 1913

S

Sacco erniario; v. Tubercolosi del —.
Sacralizzazione del coccige umano 590
Sacro: malformazioni e fenomeni dolorosi sacrolombari 872
—: teratoma 351
—; v. a. Artriti.
Salasso: azioni 507
—; v. a. Emorragia cerebrale.
Salicilato di sodio causa d'intossicazione mortale 1547
Salpingiti: trattamento 1912
Salute: influenza della luna sulla —? 512
Salvarsan; v. Arsenobenzoli, Granulocitosi, Eritrodermia, Sifilide.
Salvataggio dai sottomarini 1112
Salyrgan; v. Diuresi.
Sangue defibrinato: isotossicità 549
—: determinazione della massa 1346
—: squilibri osmotici: azioni sul fegato e sul rene 626
—: influenza del calcio sul contenuto in piastrine 763
—: resistenza globulare 1305
—: ricerca nelle feci 2035
— trasfuso: azione opoterapica 592
—: varia 1912, 1913
—; v. a. Aminoacidemia, Avitaminosi, Azotemia, Calcio, Cirrosi epatica, Cloremia, Colesterinemia, Corpi di Foà-Kurloff, Emopatie, Emopoiesi, Glucosio, Insulina, Lattacidemia, Lipemia, Liquido

Pag.

c.-r., Potassiemia, Rosso Congo, Tonsillectomizzati, Trasfusione, Tubercolosi, Uremia.
Sanità pubblica e servizi assistenziali alla Camera 116
Sanità pubblica e servizi assistenziali al Senato 153
Sanitari condotti nel nuovo T. U. delle Leggi Sanitarie 1713
—; v. a. *Medici, Orfani di —, Professionisti.*
Sanocrisina: fissazione di oro nella cute 1463
Sarcomi da pomidoro: cosidetti — 314
Saturnismo da farina: prevenzione 232
Scapola; v. Fratture.
Scarlattina: complicazioni cardiache 509
—: etiologia 16
—: morte brusca imprevista nel periodo di eruzione 388
—; v. a. Febbri specifiche.
Schistosomiasi vescicale nel Fezzan 348
Schizofrenie: piretoterapia 540
Sciaggio: lesioni da — 231
Sciatica come entità clinica 1016
— e melitense 1231
—: reflessoterapia 114
—: trattam. 150
Sclerodermia con calcificazioni: paratiroidectomia 1801
—: trattam. con cloruro d'ammonio 714
Sclerosi a placche: cura 151, 473, 912, 988
— — —: eziologia 1151
Scoliosi; v. Paraplegia.
Scopolamina; v. Ostetricia.
Scottature: ricerche 1620
—; v. a. Ustioni.
Scroto; v. Vescica.
Seborrea del viso: cura con pomata acida 1309
—; v. a. Eczema.
Secrezione gastrica; v. Ormone.
Secrezioni interne e morfogenesi 988
— —; v. a. Chirurgia, Febbre, Fratture, Ghiandole endocrine, Opoterapia, Sistema endocrino.
Sedentaneità: le malattie della — 392, 2032
Segale cornuta: principi 988
Segno di Argill-Robertson 1935
— della mano; v. Vescica.
—; v. a. Riflessi, Sintomi.
Sella turcica: dilataz. ampollare 65
Seno longitudinale superiore: trattamento delle ferite 414
Sensibilità; v. De-.
Sepsi tonsillare 857, 1996
—: v. a. Malattie settiche.
Serpenti; v. Veleno di —.
Sesso: determinismo 695
—: presunta diagnosi biologica prenatale 2036
—; v. a. Olfatto.
Sessuali: disturbi — e fumo 1034
Setticemie streptococciche: immunotrasfusione 389
—; v. a. Sepsi.
« Shock » da calcio: terapia e profilassi 166
—; v. a. « Choc ».
Sieri e vaccini: Vigilanza sulla protezione di — 315
Siero: accidenti da —; v. Efedrina.
— antidifterico; v. Sieroterapia.
— di sangue: potere anticomplementare autonomo 626
Sierodiagnosi della sifilide in gravidanza 107
Sierologia: sistema antigene-anticorpo 66
—: varia 1144
Sieroreazione di Weltmann in malattie nervose e mentali 1501

Pag.

Sieroreazione di Weltmann nelle pleuriti 523
—: v. a. Gonoreazione, Leishmaniosi, Reazioni, Sierodiagnosi, Sifilide, Tubercolosi.
Sierosite circoscritta sottojacksoniana 656
Sierositi peritoneali specifiche circoscritte e diffuse 1825
Sieroterapia antidifterica 388, 590
— antipoliomielitica 1389
—: auto- intramucosa nell'asma ed equivalenti 1073
—; v. a. Emo-, Peritonite, Tularemia.
Sifilide: comportamento del reticolo endotelio 1306
— con r. Wassermann irriducibile 951
—: criterî moderni della sierodiagnosi 1502
—: fenomeno di Donaggio 1306
—: fissaz. del complemento con le urine 1108
— latente 547
—: lotta contro la — 1510
—: metallo-terapia 594
— nella pratica privata 1911
—: oscillazioni e gravità in Italia 593
— precoce: procedimento terapeutico standardizzato 903
—: reinfezione 109
— terziaria: manifestazioni cutanee e mucose poco comuni 589
—; v. a. Artriti, Cheratite, Gastrite, Eredo-, Neuro-, Reazioni, Sierodiagnosi, Sifilitici, Spirocheta.
Sifilitici: cefalee 1309
Sigma colico; v. Atresia.
— retto: cancro: estirpazione 1463
—; v. a. Flemmone.
Simmetria; v. A-.
Simpaticectomia lombare extraperitoneale: indicazioni e tecnica 1281
— periarteriosa e azioni locali del fenolo 1201
—; v. a. Megacolon, Osteoporosi, Sindrome di Volkmann.
Simpatosi nasale: guarigione 908
Sindacato Naz. Fascista dei Medici 1352
Sindrome appendicolare; v. Milza.
— di Hand-Schüller-Christian 1770
— — Lichtheim; v. Mielosi.
— — tipo Cooley 908
— — Volkmann curata con la simpaticectomia periarteriosa 472
— infundibulo-tuberina pseudo-ipofisaria 820
Sindromi anginoidi; v. Ernia.
— basedowiane e parabasedowiane 940
— epato-surrenali 830
— paratiroidee 680
— preipofiso-surrenali 582
Sinfisi cardiaca: operazione di Brauer 1597
Singhiozzo post-operatorio e sua cura 1419
Sintoma di Comollo; v. Fratture di scapola.
— — Lesieur 349
Sinusite frontale cronica 1537
Sinusiti: lavaggi 1425
—; v. a. Seno.
Sistema endocrino; v. Obesità.
— nervoso; v. Encefalo, Midollo, Tubercolosi.
— ret.-endot.: ricerche 65, 226
— —: v. a. Glutatione, Milza, Sifilitici.
Società delle Nazioni: alla — 1233
Sodoku: casi trasmessi dal cane? 1260
Soia: impiego dietetico 1348
Sole; v. Raggi solari, Tumori.
Solletico; v. Riflesso.

Pag.

Sonda duodenale: secrezione gastrica provocata dalla — . . . 1109
Sonno: cura dei disturbi . . . 911
Sordità progressiva: psicologia . . . 664
— simulata: diagnosi . . . 1415
Spalla; v. Reumatismi.
Specialità medicinali: per l'invio gratuito dei campioni . . . 1391
— —: *vigilanza sulle* — . . . 1035
—: *per il riconoscimento della qualifica* . . . 1311
Spermatocistiti croniche: lavaggio . . . 1586
Spirocheta pallida: nuovo metodo per la ricerca 1629
Spirochetosi anitterica . . . 1298
— in lavoratori di palude . . . 1248
— meningea anitterica . . . 944
Splenectomia: ematemesi mortale tardiva . . . 1148
—; v. a. Cirrosi del fegato.
Splenomegalia; v. Ulcera duodenale.
Spondilosi rizomelica: cura col metodo Leriche . 1669
— —: rapporti con l'infezione gonococcica . . . 1669
Sport; v. Esercizio muscolare, Medicina sportiva, Pugilato, Sciaggio, Sportivi.
Sportivi: elettrocardiogramma . . . 1297
—: equilibrio proteico . . . 65
Sprue . . . 338
—; v. a. Steatorrea.
Stagioni: influenza sulle malattie . . . 146, 1618
—; v. a. Autunno, Meteorologia.
Stampa medica italiana: per la — . . . 796
Stanchezza: fegato e — . . . 821
Stati subfebbrili cronici: componente neurogeno-costituzionale . . . 1693
Steatorrea, con riguardo alle malattie del pancreas e alla sprue . . . 669
— idiopatica, sprue tropicale e non tropicale, infantilismo intestinale . . . 704
— —; v. a. Malattia di Gee.
Stenosi intestinale; v. Anemie, Intestino.
Stenosi uretrale; v. Uretra.
Sterilità: trattamento operativo . . . 1618
Sterilizzazione eugenica . . . 345
— —; v. a. Eugenica.
Sterno; v. Osteomielite.
Stitichezza e problemi connessi . . . 218
Stomaco: affezioni; punti dolorosi epigastrici . . 1051
—: emangioma . . . 110
—: emorragia profusa: trattam. chirurg. . . . 111
—: esame funzionale . . . 1305
—: linfogranulomatosi . . . 899
—: neurinoma . . . 1377
—: neurosi . . . 464
—: patologia . . . 463
—: polipi . . . 767
— resezione . . . 1030, 1904, 1958
—: — d'urgenza nelle perforazioni acute gastroduodenali . . . 1305
—: ritorno dell'acidità dopo gastrectomia subtotale e doppia vagotomia . . . 466
—: tecnica operativa . . . 1294, 1527
—: tessuto pancreatico nella parete . . . 618
—: tumori benigni . . . 748
—: ulceri . . . 738
—: volvolo acuto . . . 1903
—; v. a. Anemia, Angina pectoris, Appendicite, Emopoiesi, Emorragie, Gastrectomia, Gastrite, Gastrorragia, Linite, Pancreas, Sonda duodenale, Succo gastrico, Ulcera, Vie biliari, Volvolo.
Stomatiti . . . 1066

Pag.

Stomatologia: attinoterapia . . . 1753
Stomatologia: per la tutela della — . . . 34
Storia della medicina; v. Indice delle rubriche.
Streptococco: caratteri . . . 549
—: localizzazione elettiva . . . 2036
—: infezione sperimentale da — . . . 1071
—; v. a. Reumatismo, Bile, Immunotrasfusione.
Stricnina; v. Avvelenamento, Dial.
Stupefacenti: disciplina . . . 195, 353, 1792
Sublimato; v. Avvelenamento.
Succo gastrico umano per iniezione intramuscolare: azione ematopoietica . . . 592
— —; v. a. Anemie, Parassitismo intestinale.
— pancreatico; v. Vie biliari.
Suppurazioni bronco-polmonari e loro terapia . 550, 1146, 1658, 1995
— polmonari: posizione declive nella chirurgia delle — . . . 305
Surrenalectomia; v. ipertensione arteriosa.
Surrene destro: Neoplasma voluminoso del — . . 1953
Surreni: iperplasie sperimentali della corteccia . 1500
—: lesioni associate ad ulcere intestinali . . . 7119
Surreni: ricerche . . . 108
—; v. a. Adiposità, Astenia, Fenomeno di Sanarelli-Shwarzman, Iperglicemia, Ipersurrenalismo, Ipertensione, Obesità, Ormoni, Opoterapia, Sindromi.

T

Tabacco causa di grave intossicazione per via percutanea . . . 25
—: ipersensibilità al — . . . 380
—; v. a. Fumo, Nicotina.
Tabe: topoalgia continua parossistica; cordotomia 538
Tachicardia parossistica: cura dell'accesso . 510, 688
TADDEI D. . . . 96
Taglio cesareo: rachianestesia percainica . . . 298
— — transperitoneale in anestesia locale . . . 563
Tallio; v. Alopecia.
Tannino; v. Decubiti.
TANZI E. . . . 301
Tariffe e prezzi nel campo sanit.: per l'adeguamento . . . 717
Tendini artificiali di seta; v. Paralisi.
Teniasi: trattamento . . . 1271
—: v. a. Botriocefalo.
Tensiofobia; v. Ipertensione.
Teratoma; v. Sacro, Testicolo.
Tessuto sottocutaneo: funzione di assorbimento 1107
Testicoli: tumori dei — e ginecomastia . . . 908
Testicolo: azione del prolan . . . 1910
— ectopico: tubercolosi . . . 1583
—: teratoma . . . 1379, 1584
—; v. a. Innesti.
Tetania paratiroideopriva . . . 992
— poststrumectomica: trattam. . . . 831, 1102
Tetano: ricerche con la tossina . . . 548
—: tossina e tessuti organici . . . 1548
—: trattamento attuale . . . 389
Tetracloroetano; v. Fegato. . . . 1828
Thorotrast: effetti tardivi . . . 1150
—; v. a. Encefalo, Epatosplenomegalia, Ittero, Radiologia.
Tibia: esostosi di crescenza . . . 1228
Tifo addominale: atipie febbrili . . . 856
— —: ricerche . . . 588

Pag.

Tifo esantematico: malattie del gruppo — . . 422, 1810
—: indoluria 1856
—: v. a. Tifoide.
Tifoide: sequele 1534
—; v. a. Agranulocitosi, Bacillo del tifo, Febbre, Perforazioni intestinali, Peritonite, Pionefrosi, Portatori, Tifo-, Vaccinazione, Vaccinoterapia.
Timo: semeiotica delle iperplasie 511
Timpanismo; v. Idropneumotorace.
Tiroide; v. Estratti tiroidei, Ipertireosi, Ipertiroidismo, Tetania, Tiroidectomia, Tubercolosi.
Tiroidectomia subtotale: azione sugli scambi respiratori 1231
—; v. a. Tetania.
Tiroiditi acute 1722
Tirosinuria 1546
Tirossina nell'ipertonia 190
Tono muscolare: studi 1266
Tonsille; v. Appendicite, Estratto di —, Sepsi.
Tonsillectomia a caldo 1996
Tonsillectomizzati: formula leucocitaria 190
Torace; v. Actinomilosi.
Toracimetro differenziale 212
Toracoplastica antero-laterale: tecnica 1304
Toracoplastiche: oscillazioni pendolari del mediastino e loro trattamento 1138
—; v. a. Tubercolosi polm.
Torotrast; v. Thorotrast.
Tosse spasmodica simile alla pertosse 1073
Tossina tetanica; v. Tetano.
Trachea: corpo estraneo introdotto per via traumatica 663
Tracheotomizzati: cannula cedevole per — 458
Tracoma: studi clinici 943
Tracomatosi: ricambio carboidrato 1072
Trasfusione di sangue conservato 1540
— — — eterogeneo fissato 1501
— — — puro e citratato 627
Trasfusioni di sangue 1229, 1389
— — —; v. a. Immunotrasfusione, Piemie.
Traumi: esiti dolorosi e loro indennizzo 1070
—: v. a. Articolazioni, Calcagno, Colonna vertebrale, Cranio, Ematoma, Ferite, Fratture, Intestino, Idronefrosi, Midollo lombare, Osteoporosi, Retto, Trachea, Uretra ecc.
Traumatizzati: colesterinemia 1477
— del cranio trattati chirurgicamente 546
Tremore parkinsoniano: patogenesi 1346
Tremori: trattamento con calcio 911
Tricloroetilene: intossicazione professionale da — 1830
Tricofecalo: azione patogena e trattam. 913
Trichomonas vaginalis e sua importanza in ginecologia 1814
Tricofitine: valore diagnostico 746
Triptofano: reazione 589
Trisma 902
Trocanterite: patogenesi tubercol. 1425
Tromboangioite obliterante: ischemia cutanea . . 1892
Tromboflebite dell'arto sup. 1893
— migrante 107
Trombopenia; v. Porpore.
Trombosi; v. Vena porta.
Tubercolina; v. Allergia, Reazioni, Tubercolosi.
Tubercolosi: anisocitosi dei globuli rossi 832
— articolare: v. Malattie di Perthes e di Osgood.
—: *Campagna nazionale contro la —* 434
—; conferenza internazionale 1543
— cutanea: complesso primario del Brunsgaard . 448

Pag.

Tubercolosi della milza ed eritroleucemia 792
— dell'asta 1910
— del sacco erniario 1423
— del sistema nervoso 909
— di origine bovina: frequenza 913
— — cancro dell'apice polmonare 1628
— — funzione tiroidea 1256
— — micosi fungoide 712
— — permeabilità delle linfoglandole 347
—: è realmente contagiosa? 63
—: eredità 142
— laringea: cura e suoi successi 551
— —: terapia con estratti tiroidei 135
—: lotta a Modena 590
—: *lotta contro la —* 233
— — — —: *nel quadro delle assicurazioni sociali* . 307
—: microcultura per la diagnosi precoce 1108
— miliare secondaria a stenosi uretrale; v. Uretra.
—: nuova reazione sierica 1151
— oculare 1500
— peritoneale; v. Appendicite.
—: *per la lotta contro la —* 71
— polm.: alcoolizzazione del n. frenico 499
— —: alcoolterapia endovenosa 1073, 1995
— —: auroterapia 780
— —: bacilluria 547
— —: cura attiva 1493
— — curata col metodo Leotta: equilibrio elettrolitico 304
— — e adrenalinuria 830
— —: elioterapia 499
— —: infiltrato precoce 143
— —: iperglicemia insulinica 500
— —: metalloterapia alla Walbum con sali di manganese 390
— —: miglioramenti spontanei 1413
— —: pressione venosa periferica 474
— —: radiochimografia 780
— —: roentgenterapia 712
— —: spunti pratici sulla terapia 1627
— —: terapia vitaminica 1073
— —: toracoplastica entero-laterale 1264
— —; v. a. Collassoterapia, Emottisi, Radiologia.
—: reazione di Piazza per l'antigenuria 1163
—: reinfezione omologa ed eterologa 1227
— renale: la — 668
— —: cistoscopia 1021
— —: ricerche ematologiche 1864
— —: urografia endovenosa 585
— —; v. a. Glicosuria.
—: ricerche varie 149, 548
—: tipo infantile 1388
— urogenitale: diagnosi con microculture 1910
—; v. a. Asma, Bacillemia, Bacilli, Coxite, Fegato, Laringiti, Linfoadeniti, Meningite, Osteite, Pleurite, Reazioni, Rene, Reumatismo, Tasticolo, Trocanterite, Vaccinazione.
Tubercolotici dimessi: laboratorio per — 908
—: funzionalità epatica 1965
—; v. a. Istituti di cura.
Tubo gastro-intestinale; v. Granulomi.
Tularemia: siero specifico 1697
Tumore del glomo carotideo 989
— della pelvi renale 311
— — testa del pancreas 310, 689
— del lobo frontale 226
— — quarto ventricolo 910

Pag.

Tumore di milza congestizio-sclerotica con un ulcus duodeni 1856
— in sede rolandica controllato all'intervento operat. 1146
— ipofisario causa di sindrome chiasmatica guarito dopo roentgenterapia 590
— ovarico benigno con ascite 226
Tumori: azione delle irradiazioni 907
— cerebrali: craniectomia decompressiva 790
— della prostata e della vescica: trattam. chirurgico e roentgenterapico 326
— dell'orbita 378
— extradurali del midollo spinale: diagnosi . . . 483
—: eziologia 1386, 1456, 1508
— sperimentali 231, 1107, 1502, 1868
— infiammatori cronici delle pareti addominali . 1464
— maligni: cura 314
— —: per la lotta contro i — 191
— primitivi del fegato 310
— spontanei: azione delle irradiazioni solari . . . 377
—: teoria infettiva nella genesi 1062
—; v. Adenoma, Adenoblastoma, Angioblastoma, Blastomi, Carcinoide, Cloroma, Corioepitelioma, Emangio-endotelio-sarcoma, Emangio-epitelioma, Epitelioma, Fibroadenoma, Fibrosarcoma, Itteri, Ipernefroma, Iperemia, Lipomi, Medulloblastoma, Melanoma, Mixosarcoma, Neurinoma, Radioterapia, Radiumterapia, Teratoma, Vitamine, ed i singoli Organi.
Tutocaina; v. Rachianestesia.

U

Udito; v. Presbiacusia.
Ufficiale sanitario comunale nel nuovo Testo Unico delle Leggi sanitarie 1587
— — e viticulture 875
Ulcera di Curling e ulcere intestinali associate a lesioni delle gh. surrenali 749
— digiunale primitiva con mucosa gastrica eterotopa 750
— duodenale: chirurgia 1226
— —: dimostraz. radiologica di guarigione 760
— — e ostruzione del coledoco 738
— — — splenomegalia con ittero: intervento . . . 1386
— — profonda: tecnica della resezione 980
— —: v. a. Coledoco, Policitemia, Ulcera gastroduodenale.
— duodeno-digiunale: patogenesi 1826
— gastrica: carenza di zolfo 507
— —: patogenesi 1957
— — semplice e cancro dello stomaco: diagnosi differenziale 1856
— —: terapia con benzoato di soda 1548
— —: — — pepsina 1506
— —, ulcera duodenale e malattie delle vie biliari 1177
— —: v. a. Ernie occulte.
— gastro-duoden.: fisiopatologia e scelta del metodo chirurgico di cura 111
— —: cura con benzoato di sodio (Bazzano) 431, 790, 1461, 1849
— — e ipercloridria: trattamento con estratto del lobo poster. d'ipofisi 139
— gastro-intest.: cura operatoria 1110
— —: patogenesi 455
— — perforata: risultati degli interventi . . 1506, 1507
— —: gastrectomie 750, 1109
— —: riflessioni 339
— —; v. a. Gastrectomie, Gastrite, Neuralgia intercostale.

Pag.

Ulcera gastro-intestinale: dolore 20
Ulcere peptiche digiunali post-operatorie: perforazione 629
— ricorrenti della bocca 1957
— varicose: cura ambulatoria 629
Ultravirus tubercolare; v. Allergia, Virus tubercolare.
Umidità atmosferica: importanza fisio-patologica 825
Unghie rosa 1790
Uova: passaggio di bacilli tubercolari 752
Uraco aperto, di grandezza straordinaria 1189
Uremia: tentativi di cura chirurgica 670
—; v. a. Anemia.
Uretere: anomalia regionale 501
—: carcinoma primitivo 1941
—: correnti d'azione 988
—: esame funzionale 1863
—: movimenti antiperistaltici 1667
—: spasmo: terapia medicamentosa 312
Ureteri: topografia 590
—: tumori metastatici 2034
—: varia 1908
—; v. Calcoli, Calcolosi, Dolore, Enuresi, Pionefrosi.
Uretra posteriore: rottura traumatica con estesa perdita di sostanza; trattamento ed esito 1610
—: stenosi tubercolare: dilatazione; tbc. miliare secondaria 1190
—: spasmo: terapia 312
—: tumori 1190
—; v. a. Prostata, Reazioni, Uretrite, Uretrografia.
Uretrite cronica: trattamento 1034
Uretrografia 585
Urina: analisi biochimica 351
—: esame nella donna 352
—: esami 1910
—: rapporti tra reazione chimica e batteri 715
—: reazioni 108, 553
—: ricerca dello iodio 1790
—: significato dei cristalli di ossalato di calcio . 1629
—: v. a. Antisettici, Cancro, Gravidanza, Indoluria, Proteinuria, Ritenzione, Tirosinuria, Tubercolosi.
Urografia escretoria 631
—; v. a. Reni, Tubercolosi renale.
Urologia: anestesia in — 1190
—: varia 1861
Uro-terapia: auto- 592
Urticaria: origine 1103
—; v. a. Idiopatie tossiche.
Ustioni: formazione dei principî tossici 672
—: trattam. con verde brillante 714
—; v. a. Scottature.
Utero: cancro infetto: terapia 1912
—: carcinoma del collo: operazione radicale . . . 1616
—: diffusione delle infezioni al sistema urinario 422
—: moncone cervicale da isterectomia: mixosarcoma 1617
— precedentemente cesarizzato: rottura spontanea 1227, 1345
—: rottura in travaglio di parto 951, 1617
—; v. a. Cancro, Lipemia, Ormone, Ossa, Uretriti.

V

Vaccinazione antidifterica mediante dose unica di tossoide precipitato con allume 1621
— — — due dosi di anatossina 548
— *antitubercolare: nuove disposizioni* 154

Pag.

Vaccinazione contro il tifo ed i paratifi: ricerche 1387
— jenneriana e reazioni allergiche del nevrasse . 789
Vaccini anticarbonchiosi 589
Vaccini antipertossici 1996
—: confronto fra idro- e lipo- 1424
—; v. a. Sieri.
Vaccinoterapia in alcune malattie infettive . . . 1701, 1743, 1781, 1818
Vagina; v. Colpiti, Emorragie, Lavande.
Vagotonismo; v. Addome.
Vaiolo; v. Iride, Vaccinazione jenneriana.
Valvole polmonari; v. Invecchiamento.
Varicella; v. Herpes zoster.
Varici: trattamento con iniezioni di sali di chinina 62
—; v. a. Ulcera.
Vecchi: stabilità colloidale del siero 1855
—, Vecchiaia; v. a. Cifosi, Invecchiamento.
Vegetazioni adenoidi 348
Veleno di rospo 868
— — serpenti: applicazioni terapeutiche . 312, 313, 1306
—; v. a. Avvelenamenti.
Vena porta: trombosi dopo colecistectomia: diagnosi 715
— —; v. a. Pileflebite.
Vene sottocutanee: fotografia infrarossa 1461
Verde-brillante; v. Ustioni.
Verde di Schweinfurt; v. Intossicazione.
Vergini; v. Leucorrea.
Verruche volgari: trattamento 1150
Vertigine: sintomatologia 1017
Vescica ur., diverticolectomia 210
— —: litiasi nel bambino: segno della mano . . . 1230
— —: ricostruzione 1189
— —: terapia dello spasmo 312
— —: varia 1908, 1910
— —; v. a. Calcoli, Epitelioma, Litiasi, Nervo, Prostata, Radiumterapia, Schistosomiasi, Tumori.
Vescichetta biliare e duodeno: correlazione funzionale 1267
— —: ipercinesia nelle stenosi iustavaterine incomplete del coledoco 26
— —: lambliasi 737
— —; v. a. Cistifellea, Ittero.
Vie biliari: affezioni; coproporfirinuria 347
— —: chirurgia 1903
— — e stomaco: relazioni patologiche 1095
— — principali: condizioni in cui si dilatano . . . 1267
— —: reflusso di succo pancreatico 739
— —; v. a. Angiocolecistopatie, Calcolosi, Cisti da echinococco, Fegato, Fistole, Ulcere.

Pag.

Vie lacrimali: interventi 1072
— respiratorie; v. Bronchiettasie, Corpi estranei, Suppurazioni croniche ecc.
— urinarie: calcoli 858
— —: infezioni: autoemoterapia 2035
— — superiori: dilatazione 1908
— —; v. a. Pelvi renale, Ureteri, Uretra, Utero.
Vigilanza sanitaria sul personale degli spacci di generi aliment. 104
—; v. a. *Sieri e vaccini.*
Vino: amarore dal punto di vista igienico 1789
Virilismo; v. Morbo di Cushing.
Virus tubercolare: variazioni biologiche 1543
— —; v. a. Allergia, Tubercolosi.
Visite mediche preventive ed assicuraz. contro le malattie profess. 154
Viso umano i due volti del — 743
— —; v. a. Asimmetria.
Vista; v. Cranio: fratture, Occhio.
Vitamina A e diuresi 1460
— — — resistenza alle malattie 794
— —; v. a. Burri.
— C; v. Emostasi.
Vitamine e tumori sperimentali 1381
Vitaminoterapia; v. Tubercolosi polmonare.
Vita sessuale; v. Pielonefriti, Sesso.
—: prolungamento; v. Igiene.
Viticoltura; v. Uff. sanitari.
Vitiligo: dolciumi nell'eziologia 1911
— epidemica 259
Volkmann; v. Sindrome di —.
Volvolo del cieco 919
— gastrico 1109
Vomito incoercibile delle gravide: terapia 546
Vulva; v. Difterite.

X

Xantomatosis bulbi 790
Xantomi infantili 547
Xeroderma pigmentoso: lesioni oculari 607

Z

Zolfatai: malattie degli organi respiratori 1108, 1187, 1501
Zolfo; v. Piretoterapia, Ulcera gastrica.
Zona: trattamento 714
Zoster; v. Herpes-.
Zucchero di legno 672
Zucchero; v. a. Cardiopatie, Fruttosio, Glucosio.

Indice alfabetico degli autori.

A

Pag.

Abadie M. J. 1109
Abbot W. O. 1033
Abrami 1625
Achard 338
Adlesberg D. 1174
Affolter J. 911
Agostini G. 712
Aguirre J. A. 1150
Aiazzi Mancini M. . 549, 747
Alajouanine Th. 1135
Albeaux-Fernet M. 60
Alberti G. 1143
Alberti O. 188, 1902
Albert-Weil J. 778
Albot G. 2026
Ald'huy R. 270
Alessandri R. . . . 224, 1224, 1264, 1305, 1386, 1675, 1858, 1904, 1907, 1946, 1952
Alessandrini P. . 310, 572, 1264
Alfano G. A. 818
Aliquò Mazzei A. 790
Allan Birch C. 715
Allaria G. B. 1868
Allen C. M. 1138
Alleudy 1579
Allodi A. 1460
Aloi V. 1905
Aloigi S. 474
Alpern 949, 1740
Mc. Alpine D. 99
Alquier F. 1142
Alquier L. 305
Alvarez W. C. 1451
Amantea A. 1560
Amantea F. . . . 243, 407, 643, 954
Amberg S. 673
Ambler 1911
André R. 909
Andreoli G. 190
Andreotti A. 54
Andrewes C. H. 1508
Angarano D. 942
Angeleri C. 347
Angeli A. 626
Angelici G. 587
Angelone L. 1994
Anitshkow 951
Antonelli G. 1227
Antonioli G. M. 738
Anzillotti G. 1953
Aprile V. 671
Arbatskaia E. 1111
Arce J. 1179
Arcelia 1180
Argentino A. 746
Armani L. 1028
Armenise P. 1072
Arnulf G. 1696
Aron M. 1061
Arrigoni G. 616, 747
Arrigoni R. 105
Arslan K. 1500
Arullani C. 1305

Pag.

Ascarelli A. 1120
Aschaner 1032
Ascione G. 1666
Ascoli M. 1304, 1781
Ascoli R. 1910
Assmann H. 1665
Attili 1265
Attimonelli R. 789
Anbourg-Laville P. . . . 1665
Audibert V. 1790
Augeri G. 1502
Aural P. 2029
Auricchio 1628
Auby 112
Ayala G. 790

B

Bab V. 114
Babbé M. 2032
Babinski I. 1623
Babonneix L. . 346, 789, 1069
Baccarani U. 1033
Baccaredda A. 547
Bach 1625
Bacialli L. 1266
Backer-Gröndahh N. . . . 552
Backmund K. 1429
Baggio G. . . . 455, 1010, 1095, 1294, 1736, 1824
Bagnaresi G. . . 146, 1502
Bailey L. D. 343
Baize 1417
Bal W. 1109
Balard 628
Baldenweck L. 1415
Ballati G. 972
Balli 590
Baltacciano 1267
Bandaline I. 1580
Bani U. 51
Barbanti Silva R. 1146
Barbera G. 1966
Barbier J. 870
Barbieri D. . . . 963, 1107
Barbiroli M. 791
Barco P. 1905
Barcroft P. 387
Barella A. 1908
Barelli A. 151
Barilari M. J. 1779
Baronci G. 2015
Baroni B. 632
Barral Ph. 1222
Barrett N. R. 69
Barzilai G. 982
Basset A. 2033
Bassi M. 149
Bassler A. 262
Bastenie 350
Bastianelli P. . 1738, 1785, 1904
Battistini 1423
Battistini G. 347
Bauer J. 1545
Bauer R. 1112
Bay L. 1259
Bayer L. M. 1338

Pag.

Beacham T. 670
Becher E. 432
Beckers R. 1813
Bedarida G. 1377
Beggi D. 489
Bellelli 1954
Benacchio L. 1461
Benassi 1624
Bencini B. 1265
Bendandi G. 1461
Benecke 1299
Benedetti P. . 907, 1461, 1900
Bengolea A. I. 1996
Benhamou E. 216
Bennick E. 668
Benon R. 1297
Bensaude 112, 379
Benton R. W. 860
Benvenuti M. 1343
Benza F. 549, 589
Bérard 26, 1267
Bérard L. 625
Berard M. 511
Berg A. 1032
Berg N. B. 466
Bergendal S. 628
Bériel 870
Bernard A. 26
Bernard E. 630
Bernard J. 1699
Bernard L. . 780, 1143, 1543
Bernard R. 140
Bernay P. 20
Bernhard 1177
Bernhardt H. 1865
Bertaccini G. 747
Bertel 14.6
Bertram F. 1263
Bertrand 671
Bertrand G. 832
Bertrand L. 660
Besançon 1073
Besanzon J. 1499
Bettini D. 135
Bezançon 1625
Biancalana L. 98
Biancheri A. 1786, 1826, 1905
Biagi P. 570
Bich A. 1626
Bignami G. 1107
Bilancioni G. 106, 1262, 1997
Bilger F. 2034
Billi A. 670
Binet L. . . 385, 470, 1498
Bini 1828
Biolato D. 1905
Biondo A. 650, 1681
Bizard 102
Bizzarri A. 1426
Bizzarrini G. 385
Blackie N. K. 1751
Blanco P. 1787
Blasucci 1862
Blasucci P. 1910
Blatt P. 1908
Blavier 1585
Blavier L. 1585

Pag.

Blefari Melazzi T. . 689, 767
Blum V. 668
Bobbio A. 152, 347
Boccheiti F. 225
Bodungen N. 1257
Boeminghaus 1908
Boerger A. 1752
Boeri G. 1380, 1745, 1818, 1857
Boguieu 869
Bolaffio 590
Boldrini M. 505
Boldyreff E. B. 1557
Boldyreff W. N. 1991
Bolistedt 113
Bollini V. 907
Bonadies A. 24, 310, 1264, 1921
Bonanno M. A. 856
Bonanome A. L. . . 1863, 1909
Bonco F. E. 1415
Bond L. T. 69
Bonezzi G. 547
Bonhomme R. 708
Bonino M. 1862, 1910
Bonneau R. 1909
Bonnet 1073
Bonoli L. 2022
Bonomo V. 107
Bonsdorff 1752
Boothby W. M. 1986
Boquien S. 1343
Borghetti U. 1346
Borscewskaja W. 1229
Boschetti M. 66
Boschi G. 988, 1146
Bosi P. 335
Bosquet A. 2026
Boström G. 671
Bottaliga M. 2, 611
Bottero A. 499
Bottin J. 751
Bottoli 1669
Bouchut L. 1496
Boulin R. 829
Bouquin P. 780
Bouzon 1669
Bovet D. 500
Box C. R. 67
Boyd W. 1751
Braasch 311, 1188
Bracchetto-Brian D. . . . 1175
Brack 29
Braencker W. 1024
Brahdy B. 1533
Braillon 1625
Bramwell E. 909
Brand E. 62
Brandesky 1190
Brandesky W. 1851
Branisteanu A. 1109
Braulke N. 1075
Braun 1027
Bravetti S. 494
Brednow W. 152
v. Brehmer W. 1456
Bressot 871
Brito B. 748
Bronzini 589

Pag.

BRONZINI D. 1912
BROOKS 1711
BROSTER L. R. 1134
BROVELLI M. 1107
BROWNE F. J. 1469
BRUGI G. 548
BRÜGGERMANN A. 551
BRUN 1109, 1230
BRUN R. G. 506
BRUNEL M. 829
BRUNELLI B. 349
BRUNET A. 1777
BRUNETTI F. 908
BRUNI C. 1910
BRUNI P. 1908
BRUNNER H. 992
BRUNO G. 1266
BSTEH O. 980
BUCCIANTI 712
BUCCIANTI E. 190
BUCCO G. 1852
BUCHAN G. F. 1469
BUCHKA A. 100
BUERGER M. 1912
BUFANO M. 1948
BUFUOIR P. 865
BUONOMO LA ROSSA F. . 96
BURCSCH A. 1102
BÜRGER 1075
BÜRGER M. 1853
BURT 749
BUSCAINO V. M. . . 108, 1107
BUSCHBECK H. 709
BUSCHKE F. 1028
BUSTAMANTE G. B. . . . 1377
BUTLER R. W. 870
BUTT E. M. 793

C

CABALLERO R. 866
CACCURI S. 1297
CACHIN 1466
CAHEN 910
CAILLAN 1151
CALABRESE D. 1786
CALABRESE L. 65, 1146
CALHOUX A. 1347
CALIFANO L. 1576
MAC CALLAN 943
MAC CALLUM P. 618
CAMERA U. 1179
CAMMIDGE P. J. 990
CAMPAILLA 508
CAMPAILLA G. 1146
CAMPIONI B. 589
CANAVERO 271
CANÈ C. 1789
CANELLA C. 807, 1544
CANGE M. A. 1741
CANNATA G. M. 1463
CANNAVÒ L. 1944
CANTANI A. 1781, 1944
CANUYT G. 429
CAPALDO L. 91
CAPE 830
CAPONETTO A. 1462
CAPPELLI L. 1824, 1905
CAPUANI G. F. 1390
CARAMAZZA G. 1500
CARAPELLE A. 1780
CARCÒ P. 1501

Pag.

CARDARELLI A. 1856
CARDI G. 1733
CARDINALE G. B. 1027
CARDIN A. 1501
CARITO SCAMARCIO F. . . . 54
CARLINI P. 2033
CARNIELLI P. 1500
CARNOT P. 1024
CAROLI 1024
CAROSSINI G. 1954
CAROZZI G. 1346
CARPI U. 1821, 1900
CARRIÈRE G. 980
CARROLL 2034
MAC CARTHY 1863
CARUSO F. 1462
CASATI E. 1147
CASAZZA R. 546, 712,
1071, 1107, 1744
CASSAIGNE 735
CASSANO C. 1307
CASSIE E. 1469
CASSINIS U. 1750
CASSITTO F. 790
CASSUTO A. 880, 1092,
1862, 1909
CASTAGNARI G. 1544
CASTAIGNE J. 144
CASTELLI A. 24, 142
CASTEX M. R. 1623
CASTIGLIONI A. 1140
CASTRONUOVO E. 632
CATALANO G. 868
CATTANEO 69
CATTERINA A. . . . 291, 1325,
1326, 1954
CAUCCI A. 1822
CAVALLACCI G. 66
CAVAZZI F. 1581
CAVAZZUTI A. . . . 590, 1426
CAVINA G. . . 530, 1030, 1376,
1614, 1825, 1826, 1904
CAWSTON F. G. 914
CAZZAMALI P. 873
CAZZANIGA A. 1547
CECCARELLI G. . . 66, 790, 989
CELLI A. 1385
CENGIAROTTI G. B. . . . 1890
CENTANNI E. 1781
CENTRA N. 712
CERNEZZI A. 739
CERUTTI P. 1461
CESA BIANCHI D. . 1783, 1944
CESARE PIAZZA V. 1145
CESARIS DEMEL V. . . . 1146
CHABANIER 1390
CHABROL E. . 624, 1303, 1466
CHALMERS WATSON . . . 218
CHAMBERLAIN C. T. . . . 873
CHANINA F. 1617
CHAPMAN A. 28
CHAPMAN E. M. 1103
CHAVANNAT 1466
CHAVANY J. A. 1016
CHENE P. 1386
CHEVALLIER 1464
CHEVALLIER P. 1110
CHIARIELLO 1465
CHIAROLANZA R. . . 1907, 1953
CHIASSERINI A. . 403, 603, 697,
1226, 1902, 1903, 1904
CHIATELLINO A. . . 988, 1500

Pag.

CHIEFFI 1628
CHIMENTI A. . . . 107, 1307
CHINI V. 948, 1241, 1287, 1866
CHIOFALO I. . . . 1863, 1864,
1909, 1910
CHIRAY 897
CHIRAY M. . . 1269, 1386, 2026
CHIRAY-MARCOTH 740
CHIRICO S. 626
CHITI G. 443
CHIUCINI G. 951
CHIURCO G. A. 1945
CHOPRA R. N. 1032
CHRIST 1230
CHRISTIAN H. A. 669
CIACCIA A. 828
CIAMPOLINI A. 826
CIANCARELLI S. 1305
CIARROCCHI L. 448
CICCHELLA T. 1617
CICERI C. 616, 747
CIDDIO D. 1864, 1908
CIJEVSKY 1420
CIOFFI F. 1949
CIONINI A. 1423, 1460
CITELLI S. 348
CLARK D. M. 750
CLAUDE H. 473
CLAVEL CH. 1581
CLELAND 384
CLEMENTI A. 1501
CLERC A. 190
CLERC V. 1911
CLOUZEL ED. 431
CLYDE 793
COBET R. 1493
COCHET-FICHET 944
COJAZZI L. 1500
COLAIANNI G. 24
COLARIZI A. 1422
COLBI S. 1422
COLELLA R. 1106
COLELLA R. 1348
COLLART P. 60
COLLET F. J. 1467
COLUMBA D. . 1108, 1187, 1501
COMATOCK 794
COMOLLI A. 1500
CONDAMIN F. 112
CONFALONIERI D. 1211
CONSIGLIO V. 1583
CONSOLI N. 65, 1501
CONSOLI V. 65, 1108,
1145, 1228, 1501
CONTE G. 1503
CONTURAT J. 870
CORACHAN M. 1421
CORDARO M. 1030
CORDIER V. 780
CORELLI F. 1387
MC CORMAK H. 1911
CORNIL 1101
CORRADETTI A. 657
CORRADO M. 1083
COSSIO P. 1183
COSTANTINI 305
COSTANTINI A. . . . 988, 1462
COSTANTINI H. 2033
COSTANZI C. 1658
COSTE 1625
COSTEODAT 2034
COTRUFA P. 1855

Pag.

COTTE 1180
COTTET 1466
COTTET J. 947
COTTI L. 24
COTTINI G. B. . 24, 547, 712
COURCOUX 1626
COURDONAN 1335
COURMONT P. 1896
CRAIG H. R. 1180
CRAIG W. 736
CRAINZ F. 1406, 1422
CRAWFORD B. L. 391
CRINNER P. D. 1074
CRONE N. L. 1103
CROSETTI L. 149
CROSINA U. 780
CRUICKSHANK R. 1738
CURCHIL 830
CURRADO C. 1149
CURRIER F. P. 1670
CURSCHMANN H. 228
CURSCHMANN W. 1776
CURTILLET 305
CUTHBERTSON 1546
CUTTING W. C. 1546
CZAPSKI H. 550

D

D'AGATA G. . 209, 1857, 1906
DAGNELIC 910
D'ALESSANDRO R. . 523, 1818
DALL'ACQUA V. 471
DALLA FAVERA G. 1459
DALLA PALMA A. 775
DALLA PALMA M. 1369
DALLA ROSA C. 1132
DALLA TORRE G. 746
DAL PRATO C. 535
D'AMICO M. 5
DANDY 553
D'ANGELO F. 566
DANICHEVSKY 950
DANIELOPOLU D. 470
DANNA J. 1137
D'ANTONA D. . . . 548, 1548
D'ANTONA L. . . 149, 589, 791
D'ANTONA S. 65
DANY 112
D'AROS F. 1507
D'ASARO F. 1855
DAULL P. 429
DAVID N. A. 112
DAVIS D. B. 1670
DE ANGELIS 1856
DE ANTONI V. 131
DE BAJKAY T. . . . 857, 1997
DE BEAUJEU A. J. . . . 506
DE BEULE F. 1572
DE BLASI A. 1893
DEBRÉ R. 385
DE BRUN R. 68
DE CANDIA S. 56, 83
DE CASTRO U. 908
DE CECCO C. 1751
DECHAINNE J. 819
DE CRINIS M. 423
DE GAETANO L. 1464
DEGANELLO M. 988
DE GIORGI A. . . . 1265, 1461
DE GIRARDER J. 1670
DE GIRONCOLI F. 1910

Pag.

Degkwitz R. 1854
De Guchtenberg R. . . . 152
Dejean 1619
De la Pèna A. 859
Del Buono P. 1624
Del Carpio I. 1228
Delcourt-Bernard . . . 1231
Deleonardi S. 1462
Del Guerra G. 751
Delille 1542
De Lisi L. 1950
Delitala F. 627
Dell'Aquila A. 1307
Delmas S. 470
Delore 1109
Delore G. 1413
Delrez L. 1585
De Luca A. . . . 1145, 1862
Demanche L. 500
Démarez 1866
De Mendoza F. S. . . . 954
Demole M. J. 830
De Morsier 261
De Munter 951
De Napoli F. . . . 1308, 1943
Denechau D. 708
Denis R. 872
De Nunno 1268
De Pablo V. 1458
Derbandiker M. O. . . . 67
D'Eschia F. . . 107, 268, 546, 790, 989, 1443, 1912
Dérot M. 106
Derscheid G. 1776
De Rubeis 508
De Rudder R. 112
De Rudder B. 1542
De Sanctis S. . . . 301, 2042
De Santo D. A. 1217
De Sèze S. 1575
Desoille H. 580, 1828
Desorcher 1497
Dettori L. . 489, 1013, 1565
Devè F. 102
Devè J. 1033
De Vloo 389
Diamanti C. 627
Di Benedetto V. 507
Di Biagi F. 1069
Diehl H. S. 272
Dietl K. 1267
Dietleu H. 1385
Dieudonné 1542
Diez J. 537, 538, 736, 1892
Diez S. 344
Di Guglielmo G. . . 108, 905
Di Marzio D. 1500
Di Mattei E. 1030
Di Mauro S. 1685
Dimoff 671
Dionigi A. 25
D'Istria A. 746
Di Tullio B. 264
Dobraniecki 378
Dobrzaniecki N. 631
Dochez 68
Dochez A. R. 302
Dodero G. 1863, 1909
Doerfler H. 464, 1957
Dogliotti G. C. 262, 1627, 1856
Dolcini C. 1424

Pag.

Dolfini G. . 988, 1074, 1107
Domanig E. 1138
Domenichini G. 1146
Domenichini P. 791
Domini G. 791
Dominici G. 1460
Dominici L. . . . 1747, 1825
Donatelli L. 747
Donati M. 426, 1110, 1825, 1857, 1903, 1904, 1906, 1907
Donnison C. P. 899
D'Ornano I. 1142
Douglas M. D. 1190
Dousset 1912
Douthwaite A. H. . . . 1696
Dragotti G. 176, 222, 664, 698, 787, 945, 984, 1183, 1261, 1341, 1815, 1941
Dreyfus G. 1994
Dreyfus M. R. 585
Drouet P. L. 139
Duchosal P. 830
Dufourt A. 1534
Dujarric De La Rivière R. 386, 1780
Duranti L. 1826
Duthoit A. 184
Dutrénit 628
Duwal 230

E

Ebner 749
Edström 951
Egidi G. 1907, 1975
Egües J. 1415
Elia D. 868
Elliot A. H. 620
Ellis A. 990
Ellis H. 1106
Ellis R. W. B. 431
Elmann 1148
Emile-Wei P. . . . 704, 792
Emiliani P. 1844
Emmerich Markovitz . . 188
Enderle C. 483
Enea D. 1227, 1345
Engelstadt R. B. . . . 1665
Eppinger H. 509
Estepstein B. 28
Ercklentz E. 740
Erdmann 749
Erspamer V. 1424
Esau 831
Escalar G. 230, 1191
Escalier 1547
Escarras 1101
Euren R. 1148
Evans A. C. 1661
Evans W. 145, 510
Even R. 1143
Evers A. 553
Ewell G. 311

F

Faberi M. 608, 1770
Fabris A. 966
Fabrykand M. 544
Facci Tosatti F. . 963, 1107

Pag.

Fagnano 310
Fahr 948
Fainita A. I. 1109
Fairbrain J. S. 1469
Falcioni D. 1270
Falcone R. 1905
Falmann 1787
Fanelli N. G. 137
Fantham H. B. 1223
Fantus B. 1339, 1348
Farnarier G. 1895
Fasano M. 1786, 1904
Fasiani G. M. 1900
Fauqué 830
Fauquez 1074
Faure-Beaulieu 1309
Faure-Beaulieu M. . . . 829
Favaloro G. 1108
Favano G. 590
Favia N. 1894
Fayot 229
Feer 761
Feiling A. 1938
Fels E. 1618
Fergusson 1584
Fernandez F. 1849
Fernandez J. 62
Feron 313
Ferrabouc L. 785
Ferrannini L. . . . 283, 1781
Ferrara F. 978
Ferrari A. 590
Ferrari C. 1074
Ferrari G. . 712, 1346, 1670
Ferrari R. C. 1628
Ferrata A. . . 1701, 1818, 1857
Ferretti L. . . 713, 1071, 1107
Fettermann F. 794
Fiandaca S. 786, 1418
Fichera G. 1580
Fiehrer 1464
Fiehrer A. 1110
Fieschi A. 1107, 1707
Fiessinger 1542
Fiessinger N. . . . 744, 1268
Figari F. 1856
Filippi A. 1190
Filippi Gabardi E. . . . 1500
Filippini A. 345, 743, 825, 863, 1223, 1301, 1382, 1541, 1663, 1786, 1955
Filomeni M. 832
Findeisen L. 794
Finlaud N. 1660
Finocchiaro Amantia G. . 65, 507, 1145
Finsterer 111
Finucci V. 2036
Fiorini E. 937
Fiorio C. 542
Fischer 261, 1850
Fischer A. 105
Fischer I. 143
Fischl V. 1263
Flandin Ch. 909, 1699
Floriani C. 474
Fodor 103
Fogliani U. 1426
Foltz 271
Fontaine R. 511, 1848
Fontana C. 1426

Pag.

Fonweatter F. S. . . . 1940
Forconi A. 149
Forestier 1625
Forgue E. 506
Fornari G. B. 1425
Forni G. 1786
Fotheringham W. T. . 1183
Fouts 592
Fragnito O. 1666
Franchetti A. . . . 115, 232, 513, 875, 955, 1587, 1712, 1999
Franchi F. 1306
Françon 1625
Françon F. 144
Franza R. 1782
Frassetto 1749
Frassetto F. 586
Frattin G. 723
Frazier C. N. 713
Fredet M. P. 551
Freeman F. 379
Freund E. 351
Freund W. 190
Frey S. 64
Friedman E. 1547
Frieh Ph. 1696
Frola E. 83
Froment P. 584, 857
Fronticelli E. 951
Fruchaud-Bernou . . . 1495
Frugoni C. . 187, 1637, 1784, 1856
Frugoni P. 992
Frumusan J. 954
Fullerton H. W. 592
Fumi C. 608
Fumio Ohmi 113

G

Gabrielli S. 226, 747
Gaetano G. 891
Gainsborough H. 341
Galdi F. 1121, 1821
Gale J. N. 1574
Galli L. 1227
Galli R. 363
Gallina D. 69
Gallizia F. 1862
Gallo C. 1303
Gallot H. 909
Gaensslen M. 263
Garin C. 20
Garosi A. 548
Gasbarrini A. 203, 923, 1761
Gastaldi G. 390
Gastinel P. 1068
Gatè J. 1308
Gatti G. 201
Gaudier H. 1866
Gaudio V. 65
Gavazzoni M. 24
Gavrila I. 1109
Gentile F. 626, 1144
Geoghegan J. 218
Gerner Ch. 184, 307
Geyman M. S. 750
Ghay 992
Gherardini G. 27
Ghiron V. 1635, 1954
Gianni G. 174

Pag.

Giannoni A. 107
Giard R. 592
Gibilisco S. 1424, 1502
Gibson C. R. 1105
Giehm G. 1230
Gierthmuehlen F. 27
Gifford S. R. 1340
Gilbert P. 1309
Gilbert-Dreyfus . . 829, 940
Gillet F. H. 1429
Gioacchini R. 629
Gioja E. 1529, 1903
Giordano A. 65, 1424
Giordano C. 1460
Giordano G. 1172
Gioseffi F. 1812
Giovannola A. 433
Girbal 350
Gissel 1189
Giudice A. 543
Giudiceandrea V. 309
Giuffrè L. 1943
Glaessner K. 1506
Glaubach S. 475
Glingani A. 547, 1463
Gioia I. 1109
Gordon H. L. 622, 1486
Gordon Danson J. 1017
Gordonoff C. 662
Gorinstein 69
Gosio R. 1305, 1422
Gosset J. 1849
Gotillé 1268
Gougerot H. 628
Graff. 948
Gran B. 912
Grassi A. 109, 589
Grasso R. 1906, 1953
Graziosi G. 1387
Greco F. 109, 1785
Greco T. 626
Greppi E. . . . 1030, 1187, 1856
Greyssel 1506
Grier Miller T. 1033
Griffith A. 1571
Griffith G. C. 873
Griffiths 1585
Griffiths G. J. 1753
Griffiths H. E. 219
Griffon 2029
Griva L. 1460
Grodsiesky 1618
Gronchi G. 988
Gronchi V. 1500
Grote 990
Grote L. R. 184, 615
Grott J. V. 991
Groves E. H. 2033
Grüber G. B. 226
Guaccero A. 1954
Gualdi A. 885, 1387
Guarini C. 1624
Gucci G. 247, 414
Guccione F. 1577
Guercia T. 747
Guerrieri G. 1981
Guerrisi A. 1425
Gugliucci A. 1855
Guibal J. 341
Guichard 1389
Guichard A. 1496
Guillain G. 910

Pag.

Guillaume A. 1506
Guitarte A. 1271
Gundel 1104
Guthrie D. 220
Guttmann 22
Guymann R. A. 430

H

Haas 189
Haberer V. 384
Hablützel C. 2035
Haining R. B. 982
Hamburger F. 1388
Hames 501
Hand H. 1913
Hanke 1695
Harding H. 1176
Harris M. 62
Harrison G. 1347
Harrison T. 1347
Hart 113
Hartfall S. J. 591
Hartmann A. F. 1956
Harvier 1024
Hassenkamp E. 1866
Hauser E. D. W. 1016
Heald C. B. 219
McHeffy G. S. 752
Helmer 592
Hempelmann T. C. 1662
Henderson J. 1295
Henryean F. 545
Herbst R. 2035
Herlitzka L. 347, 1423
Hess O. 101
Hess Thaysen Th. E. . . . 704
Heupke W. 1865, 2036
Hickey N. G. 793
Hintze K. 1226
Hirschman L. J. 617
Hitzenberger K. 1987
Hoffmann A. M. 793
Holm 630, 1669
Holmquet H. J. 914
Holthusen 1027
Holtz 831
Holtz F. 992
Horn L. 473
Hortolomei 585
Howard 1188
Hoyle C. 145, 510
Hrdlicka 1897
Hu M. L. 1537
Huart 1893
Hughes E. 715
Hugo A. 1258, 1338
Hunt Th. C. 150, 1427
Huriez C. 980
Hurst A. F. 785
Huss R. 1390

I

Iesu G. 1201
Igewesky C. 1629
Ilzhöfer 29
Impiombato G. 326
Intronti R. 1429
Introzzi A. S. 1179
Introzz. P. 1701
Inverni C. B. 710
Ische-Wall P. 704

Pag.

Iselin M. 2033
Itioz O. A. 1628
Ianissevich 1074
Ivanissevich O. 1788
Israëls C. G. 1752
Izar G. . . . 1782, 1831, 1857
Izod Bennet T. 1711

J

Jacchia 1461
Jacob A. 1850
Jacob P. 910
Jacobi 1185
Jacobovici 781
Jacobs A. 311, 2034
Jacobson 390, 1296
Jacobson E. 1229
Jacomet G. 907
Jacquelin 671, 1073
Jacquelin A. 270
Jacquot G. 189
Jagic 702
Jammet 1625
Janet J. 1149
Jankielevic Z. 1229
Jannitti-Piromallo A. . . 1780
Jansen W. H. 113
Jappelli A. 1667
Jappelli G. 1344
Jasinski G. 1669
Jausion R. 592
Jellinek S. 503
Jemma R. 1784
Jeanneney G. 1854
Jentzer 1098
John H. J. 57
Johnstowe H. G. 112
Jokl 22
Joly Fr. 270, 1699
Jona G. 1597
Jonata R. 1411
Jones R. W. 113
Jores A. 273
Jorg M. E. 1150
Jorge I. M. 1175
Josefson A. 985
Jousset A. 1459
Jude A. 785
Judel F. H. 873
Judine S. 979
Jumon H. 351
Juster 1151

K

Kaatz M. 1780
Kahle I. 670
Kahlmeter 950
Kohr 1186
Kaith N. M. 672
Kalk 829
Kallfelz H. 1419
Kamniker K. 1139
Karp 474
Karwacki L. 1543
Kasman L. P. 382
Katz-Galatzi 585
Katzilambros L. 931
Kaufmann C. 23
Kaufmann U. 1192
Kay H. D. 975

Pag.

Kazumor H. 620
Kegaries D. 1712
Keller A. E. 1621
Kernohan W. 736
Killian H. 866
King E. S. J. 618
King J. T. 383
Kiràly 1829
Kirschner M. 781
Kirshbaum 2034
Kirstner 69
Kissling N. 1814
Kisthinios N. 509, 711
Kitcell J. R. 873
Kleiter 1852
Klima 702
Klujeva 949
Knoflach 231
Knott 1102
von Köhler E. . . . 1782, 1944
Koressios N. T. 312
Koritkin-Nowikow 714
Koselka 113
Koster H. 382
Kostriewicz 474
Kotelnikoff W. 1617
Kontchalovsky 948
Krachen C. 61
Kraus E. J. 941
Kreiner W. M. 793
Kreis W. 1347
Krivoglas B. 1177
Krock 953
Krohn 909
Krumcich 1389
Kuccland G. 302
Kühn R. 1865
Kutscha-Lissberg E. . . . 1389
Kylin E. 582

L

Labbé M. . . . 544, 829, 940, 1547, 1829
La Cava G. 1206
La Franca S. 265, 1783
La Grutta L. 626, 1144
Laignel-Lavastine . . 473, 869
Lamberti 1544
Lambotte A. 1178
Lambret 102
Lampe 433
Landogna Cassone F. . . 511, 1622, 1699
Landolfi M. 1781, 1821
Landsteiner K. 987
Laner J. 1829
Lange J. 1186
Langeron L. 1497, 1542
Langeron M. 987
Lanzerini A. 212
La Penna M. 1623
Laplanc M. R. 1298
Laquer F. 1993
Laricchia F. 1425
Laroche G. 710
Laruccia I. 1072
Lasagna F. 1860, 1946
Laseaux 1507
Lasio G. 1864
Latimer O. E. 714, 1300
Latteri S. 1954

Pag.

Laubry Ch. 1750
Lauda E. 667, 2028
Laudivar A. F. 472
Mc Laughlin C. W. . . 749
Lauro A. 1953
Lauwers 1828
Laux G. 470
Lavenant A. 1303
Laewen 1189
Lazzeroni A. 791
Leake C. D. 112
Leathers W. S. 1621
Leblanc 1389
Le Bourdelles B. 1458, 1942
Lebourg L. 902
Le Cannet R. 1269
Leclerc H. 1348
Leclercq R. 1139
Lecomte Der Noüy P. . 827
Ledieu J. 1542
Ledoux E. 189
Ledoux-Lebard 188
Lee Foshai 1697
Lees R. 1136
Le Fort 975
Legiardi Laura C. . . . 1217
Le Go 1665
Lehndorff H. 861
Leibovici 1507
Mc Lellun W. 1268
L'Eltore G. 1950
Lemierre A. 424, 1298
Lenarsky M. 1533
Lenhartz H. 987
Lenormant 183
Lenormant Ch. 1219
Lenti P. 108
Leo E. 1786
Leonardi D. 504
Leonardi G. 1547
Leoncini F. 267
Leputu C. 229
Lereboullet I. 910
Leriche 339, 667
Leriche R. . 714, 1848, 1894
Lesage A. 346
Le Sannette Firmin . . 740
Leven G. 1994
Leven R. 64
Levent R. 338
Levin G. L. L. 1627
Levine H. 1959
Levrat 1989
Levy P. P. 389
Levy Sympson S. 975
Lewine M. 1102
Lhermitte J. 735, 820
Lichtwitz L. 947
Lichty D. L. 1545
Lieberherr W. 68
Liek E. 906, 1186
Lino G. 1145, 1228
Linser P. 713
Lilla P. . . 109, 1862, 1864
Lisi G. 1994
Liuzzo 310
Liverani E. 752, 1357
Llort M. C. 1379
Lobo-Onell 1390
Locatelli P. 712
Lockhart-Mummery J. P. 430
Loeffler L. 1074

Pag.

Loeper 1625
Loeper M. 1899, 2035
Lolli G. 374, 1397
Lombardo V. 507, 1030, 1145
Lombroso U. 868
Lomon 897
Longo 143
Longo A. 1108, 1425
Longo F. 868
Longo V. . . . 61, 108, 1601
Lopez X. 748
Lourmel F. 350
Love I. G. 20
Lo Vullo B. 349
Löwenstein E. 306
Lu 1465
Luccarelli V. . . 1255, 1531
Lucczese G. 1610
Lucherini T. 310, 1265, 1318
Lucien A. 313
Luisada A. . . 302, 1856, 1900
Lumbau D. 1225
Lumière A. . . . 63, 266, 545
Lunedei A. 107, 1949
Lusena G. 1785, 1825
Lusena M. . 1241, 1287, 1901
Lusena R. 1161
Lyman P. G. 231
Lyon G. 428
Lyon S. 186
Lyon-Cacn L. 829
Macchia E. 1856
Macciotta M. 229
Maccone V. 1656
Maclachlan 1546
Macleod Yearsley . 221, 1698
Maddalena 1864
Madison F. W. . . 793, 1428
Maffei 871
Maggi N. 392
Maggio M. 1462
Maggiore L. 469, 986
Magnani F. 1933
Magnano P. 109
Magnus G. 64
Magrassi F. 1781
Mahoudeau 1625
Maino M. 1027
Maitland Ramsay A. . 1337
Makkas 619
Malherbe A. 1270
Mallet-Guy 26, 1267
Manca C. 1306
Manca S. 41
Mancini S. 471
Mancioli T. 429
Mandl F. 871
Manganaro P. 747
Mangione G. 1281, 1500, 1501
Mann G. 1857, 1913
Mann W. N. 1062
Maragliano E. . 1781, 1820, 1948
Maragliano G. 1855
Maragliano V. 1901
Maranelli L. 906
Marangos G. 1464
Marburg O. 1943
Marchesi F. 1422
Marchesini R. 1386
Marchiafava E. 855
Marchionini A. 1309

Pag.

M

Marconi S. 1266
Marcora F. 1901
Marcotte A. 1269
Marcozzi A. 109
Marcozzi V. 1905
Marengo G. 1460
Margarucci O. 951
Margottini M. 563
Mariani G. 548, 593
Marinacci S. 1687
Marino P. 632
Marinucci 1948
Marion 858
Marion B. 380
Marion H. 152
Mariotti B. 656, 852
Mariotti E. 1667
Marotta R. 1856
Marquardt F. 552
Marradi Fabroni S. . . . 1466
Marroni O. 1954
Marsh J. 1347
Martin 1625
Martinaud G. 592
Martinet A. 1302
Martinetti R. . . . 507, 1462
Martinez E. 1220
Martinez F. F. 1109
Martinez J. 1148
Martini L. 1426
Martin Marino A. W. . 1378
Martius H. 507
Marx J. 629
Marzetti V. 1651
Marziani R. 614
Marzollo E. 746, 908
Maselli V. . . 789, 989, 1425
Mason 1464
Masquin P. 473
Massa F. 831, 1387
Massa M. 1855
Massart R. 658
Massimello F. 1460
Matarese V. 1362
Mattina A. 625
Maugeri S. 1629
Maurie G. 1258, 1338
Mauro V. 1959
Mautner 1031
May 1625
Mayer O. 593
Mayrhofer H. 991
Mazara F. 1856
Mazzarelli M. 1425
Mazzetti G. 149, 548
Mazzetti M. 498
Mazzocchi E. 392
Mecca M. 1072, 1425
Megaw J. 1998
Meidinger R. 340
Meillève S. 1497
Meinicke E. 1151
Melchior E. 1903
Melgar R. 1271
Melina F. 1952
Melissonos 1828
Meller O. 820
Melli G. 1336
Melocchi W. 431
Memmi R. 770
Menegaux 141

Pag.

Menghetti S. 107
Mercier Fanteaux . . . 1505
Meriman J. R. 914
Merklen Pr. . . . 1850, 2034
Merklen R. 144, 869
Merletti 868
Merlock H. V. 1997
Mertz 501
Messini M. 1948
Métalnikov S. 1990
Meyer E. 987
Meyer J. 467
Miani 1147
Michelazzi A. M. . 349, 670
Michel G. 865
Michel P. J. 1308
Michelson W. . . 1182, 1782, 1901, 1948
Michetti D. 499
Midana A. 1306
Migliardi L. 1861
Miglierina R. 873
Mignon A. 1581
Mignon F. 786
Mikéladzé Ch. 737
Mikulicz Radecki F. . 1616
Milani G. 329
Malcon H. M. 110
Milella A. 65
Miles K. 302
Milian G. 714
Millbourn E. 1267
Millet 350
Minerbi C. 828, 868
Minervini R. . . . 1905, 1953
Mingazzini E. . . 1026, 1344
Mirizzi P. L. . . . 624, 912
Mirone G. 661
Mironesco Th. 388
Missiroli A. 29, 632, 657, 1033
Mitchiner P. H. 870
Mittermaier R. 1106
Modica R. 1030
Moebius W. 1912
Mozler H. K. 391
Moia 738
Molfese 1423
Molinari Tosatti P. . . 1423
Moll H. H. 1693
Mollaret P. 711
Möller W. 1190
Möllerström J. 352
Monacelli M. . . . 813, 1384
Monaldi V. 827, 1264
Monasterio G. 66
Mondor 1616
Mondor H. 974
Moniz E. 1854
Montanari Reggiani M. 1146
Montanini N. 712
Montemartini G. . . . 748
Montesano V. 1448
Monti A. 348, 1463
Moore 183
Moraldi M. 24
Moreau 975
Morel 114
Morel-Kahn 1854
Morelli 589
Moretti P. 1831
Moriconi L. 1502
Moroskin H. 1111

Pag.

Morwe-Martin 1695
Moschini M. 166
Moses Suwck 631
Mosler 189
Mosna E. 1033
Mottareale A. 1144
Moulonguet A. 429
Moulonguet P. 953
Mouquin M. 1752
Moura P. 748
Mourgues 1506
Mouriquand G. . . 613, 819, 1454, 1625
Moutier F. 112, 906
Mozzetti-Monterumici M. 108, 746
Mukberyee B. 1032
Muktar A. 949
Muir Dickson W. . . . 897
Müller O. 14
Mumoli S. 1954
Munk F. 1711
Muratori G. 1500
Murero G. 511
Muscatello E. 386
Mussa G. 1709
Mutel M. 865
Muzii S. 1264

N

Nacciarone A. . . 1227, 1345
Naegeli O. 713
Nai D. 913
Nanjoks H. 346
Natali 1147
Negro 1306
Nekludowa A. 1192
Nélis P. 1465
Nemours A. 1028
Neri A. 589, 791
Neuberger L. 150
Neuworth E. 1629
Newman A. 981
Newton L. A. 340
Ngai S. K. 110, 713
Nico F. 1629
Nicolas 1389
Nicolas J. 1309
Nicolato A. 24
Nicolau S. 672
Nicole 1695
Nicoletti V. 66, 1502
Nicoliciesco N. 388
Nicoll A. 1073
Nicotra 1228
Niles W. L. 421
Nino F. L. 1308
Niosi F. 589, 1527
Nisio G. . . 1863, 1864, 1909
Nitzescu 781
Nixon N. C. U. 952
Nobécourt P. 346, 789, 1069
Nobili M. 64
Nonnenbruch 1188
Noon R. O. 1031
Noorden C. 309, 463
Norman G. F. 473
Novak M. 1908

O

Oberndorfer S. 1137
Oeter 1075
Oettel H. 1034
Oettingen 65
Okunichesky 1618
Oliva G. 1460
Olivier H. R. 1497
Olmes 794
Oltramare 1098
O' Malley J. F. 1535
Omizzolo F. B. 1163
Omodei Zorini A. . . . 1821, 1857, 1945
Oneto G. 1862
Ontancola L. E. 1623
Orbelli 951
Ori A. 313
Orlandini Mattos S. . 352
Ortolani M. 828, 1544
Osborne S. L. 914
Oswald A. 977, 1865
Ottolenghi D. 148

P

Pack 1465
Paget M. 1542
Paggi B. 1305, 1604
Pagliai E. 1500
Pagliani 1461
Pagniello A. 267
Pagniez 1427
Pagniez Ph. 820
Paisseau G. 779, 1547, 1780
Pal J. 1105
Palazzi G. 462
Pallard H. 541
Palmieri G. G. . . 907, 1623
Palombelli M. 1482
Palumbo 950, 1423
Palumbo V. 336, 626
Pampana E. J. 1742
Panagia A. 368
Pancrazi 1146
Panegrossi G. 1951
Panse F. 1106
Paoletti L. 1994
Paolini R. 1855
Papa L. 868
Papa M. 967
Papp C. 510, 588
Paradiso F. 1030
Parcelier 750
Paris R. 190
Parlier 1625
Parson L. G. 1388
Parturier 830
Pascalis M. G. 469
Pasinetti C. 226
Paessler H. 1073
Pastorino 1905
Patania A. 1785
Patel M. 625
Patrizi M. L. 1542
Pavel J. 110
Pavlovsky A. 663
Pavone M. . 860, 1908, 1910
Payr F. 2033
Pazzagli R. 1227
Philipp E. 506
Philips C. H. 1190
Pearson B. 1102
Pecori G. 230
Péhu M. 1069
Pelà G. 1346
Pellegrini A. 1229
Pellegrini G. 588, 1346, 1705
Pellegrini M. 791
Pellissier 780
Peloso G. 908
Penati 1423
Pende N. . . 1749, 1947, 1950
Pennacchietti 1306
Pennetti G. 745
Pepe G. 500
Perardi G. 253, 1583, 1668, 1827, 1995
Perilli G. 1510
Perona P. 1624
Perreux E. H 274
Perri C. 269
Perrini F. 1304
Perrucci A. 1909
Persi A. 2037
Perussia 1027
Perves 1959
Pesenti G. 908
Peserico E. 1031
Peterman M. G. 1428
Peterson R. F. 752
Petges G. 1150
Petragnani G. 149, 548
Petragnani V. 790
Petta G. 219, 693
Peyre E. L. 389
Piazza G. 1466
Picardi B. 458, 533
Picardi G. 1477
Picasso V. 1013, 1565
Picco A. 152
Piccoli G. 1821
Pichezzi L. 490, 695
Piérard J. 1465
Pieri G. 1051, 1421
Piéry M. 1143, 1942
Piéron 1750
Pierra P. L. 230
Pietrantoni 1902
Pighini G. 468
Pignalosa M. 1862
Pigott 794
Pincherle M. . . . 908, 1387
Piolti M. 347
Pirani G. 1142
Pisani 540
Pisani D. 950
Pisani L. 1861
Pistani 1629
Pittiani G. 1807
Pizzagalli 1507
Pizzillo G. 1348
Plaschkes S. 472
Platania S. 348
Plate 950
Plate E. 1787
Podeano A. 388
Poincloux P. 672
Poirier 379
Poix G. 272
Polejew B. 1789
Polisch K. 1106
Polizzi S. 847
Pomel J. 507
Poncet 1098
Poole F. E. 982
Popow P. A. 1671
Poppi U. 1072
Pordal R. 1628
Porta C. F. 468
Possenti G. 989, 1072
Poster W. B. 2030
Pototschnig G. . . 1786, 1944
Pourmean-Delille G. . 550
Pozniakov 1670
Pozzan A. 976
Pozzi A. 432, 1025
Pratt S. H. 469
Preti L. 1855
Previtera A. . . 65, 422, 1952
Previtera S. 1108
Priesel R. 347
Primangeli R. 310, 1128, 1251
Puddu V. 1801
Pugnani E. 421
Pugno-Vanoni 1027
Puhl H. 750
Puigrert Gorro A. . . 1021
Pulvenis R. 1068
Pupilli G. 1266
Püschl A. 619
Putti V. 1346, 1543
Puusepp L. 625

Q

Quaglierello G. 1344
Quattrocchi A. . .1169, 1447
Quick A. J. 426
Quiri A. 1822

R

Rabboni 304
Rabboni F. 1784
Rubaffetti 738
Rachet M. 751
Radaeli F. 1301
Radaelli P. 1187
Radnai 1032
Radovici A. 820
Raffaele G. 1830
Raffo L. F. 830
Ralli E. P. 913
Rallo A. 1785
Ramon F. 473
Ramon G. 384
Ramond F. 1389
Ramond L. 1996
Ramorino C. 1030
Randall L. 793
Ranelletti A. 23
Rastelli 310
Rathery F. 584, 857
Ravasini C. 1862
Ravasini G. 988
Ravant P. 1106, 1496
Ravenna F. 867, 1544
Ravetta M. 1424, 1463
Ravina A. 186, 313, 742, 905
Raybaud A. 273, 1699
Razemon 102
Rebucci M. 843
Redaelli P. 386, 1108
Redou 230
Redwitz 1111
Reed A. C. 112
Rème B. 1817

Pag.

REGNIER M. T. 823
REGOLI G. 372
REICHER 949
REITANO U. 1810
REMOGNA E. 148
RENOSTO R. 1866
RENZETTI G. 1307
REVELLI M. 16
REYNOLDS R. 1188
RICCI R. 589
RICHTER A. 1959
RIDDOCH G. 975
RIEDEL 670
RIEDER 1189, 1751
RIETSCHEL 388
RIEUX J. 1458
RIGONI M. 1949
RINDONE A. 1952, 1953
RINONAPOLI G. 1788
RIOPELLE J. L. 1023
RIPLEY H. 1260
RITTER 1627
RIVA GRUGNOLA G. . . . 1862
RIZZI R. 1864
RIZZO G. 1056
ROBECCHI A. 347
ROBERTO S. 953
ROCCHI F. 266
ROCH 1625
ROCH M 830, 1579
ROCHE A. 273
ROFFO A. H. 377
ROGER H. . . . 260, 536, 1847
ROGER G. H. 470, 1498
ROGER J. 872
ROI G. 1310
ROLANDO A. S. 1864
ROLANDO S. 1345
ROMAGNOLI M. . . 1953, 1954
ROMANIN V. 1949
ROMANO A. 1344
ROMANO S. 1517, 1841
ROMITI G. 1248
RONDELLI 988
RONDONI P. 544, 744
RONGONI L. 1480
RONZINI M. 790, 1186, 1307, 1425
ROOP O. 1911
ROSANOFF 897
ROSARIUS 1828
ROSENBUSCH H. 1997
ROSENTHAL G. 1627
ROSKAM L. 703
ROSS L. J. 1101
ROSSELLI G. 1424
ROSSER C. 21
ROSSET M. 1854
ROSSI C. 323, 1952
ROSSI V. 1908
ROST F. 715
ROTOLO E. 1229
RONDIL G. 872
ROUGEMONT M. M. . . 1180
ROUSSEAU J. 1309
ROUSSEAUX R. 865
ROUSSET J. 953
ROUX CH. 2029
RUCH 1912
RUDAUX P. 910
RUGE E. 619
RUGGERI M. 462
RUCHMANN W. 906
RUIZ F. 1148
RUNSTROM G. 429
RUPPE C. 1712
RUSCICA G. . .9107, 1909, 1910
RUSSELL 1584
RUSSELL BERT R. 340
RUSSO A. 268
RUSSO G. 1462
RUSSO MARCHESE F. . . . 1228
RUTINATO G. 7
RUTTIN E. 901

S

SABATINI G. 1944, 1949
SABATINI N. 85, 790
SABATHIÉ J. G. 1183
SABATUCCI R. 1499
SABENA V. 1461
SABOTIER A. 341
SACCONAGHI C. 226
SACREZ R. 1940
SAGGESE V. 1997
SAJ G. 168
SAILER K. 111
ST. BIDOU 473
SAINT-JACQUES 511
SAINT-OURY 379
SAITO M. 502
SALAMI A. 1107
SALANITRO M. 109
SALICI L. 1785
SALOMON A. 1227
SALUS F. 1865
SALZEV 749
SAMAAN K. 312
SAMAJA R. 1321
SAMARIN N. S. 830
SAMEK E. 149, 667
SAN L. 715
SANNICANDRO G. . . 268, 1307
SANTI E. 1537
SANTI G. 1462
SANTONASTASO A. 1072
SANTORO C. 1909
SANVENERO ROSSELLI G. . 1953
SARAVAL U. 108, 908
SARNOWIEC W. 1712
SARRADON P. 260, 536
SARTORI C. 547
SATO A. 594
SAVAGNONE L. 763
SAVONA B. 542
SAWYER 794
SAXL A. 1452
SCAGLIETTI O. 1346
SCAPARONE G. G. 1306
SCAPATICCI R. 1422
SCAVO E. . . . 816, 1570, 1910
SCHARAE A. 152
SCHACHT 311
SCHAEFFER H. 1935
SCHAFER G. 506
SCHARNAGEL 1465
SCHATZKI R. 745
SCHAUFLER 313
SCHEDTLER O. 1256
SCHIAPPARELLI P. 547
SCHIASSI B. 99
SCHIASSI F. 908, 1461
SCIAVO E. 1881
SCHIAVO S. 823
SCHILER H. 1225
SCHIRMANN M. A. . . . 1665
SCHLOSSBERGER H. . 1263, 1389
SCHMIDT C. 311
SCHMITE P. 1575
SCHMORL G. 1498
SCHNEIDER I. 163
SCHNIRER M. T. 224
SCHNOHR E. 552
SCHOELLER W. 425
SCHOLE L. 390
SCHOTTE 782
SCHOTTE A. 1572
SCHOTTMÜLLER 948
SCHPIRT J. 1693
SCHREIBER G. 988
SCHROEDER H. 1752
SCHUPFER F. 1343
SCHULTZ H. 553
SCHULTZ E. 387
SCHULZE 621
SCHUETZ F. 1620
SCICLOUNOFF F. 1347
SCIUTI 1911
SCIUTI M. 1667
SCIUTI S. 1187
SCOLLO G. 1305
SCOTSON F. H. 1148
SCOTT 1625
SCOTT W. 1941
SCOTT PINCHIN A. J. . . 1997
SCURI D. 271
SEBASTIANI F. 28
SEBENING W. 1189
SECHI F. 2036
SECKEL H. 1388
SÉDALLIAN P. 819
SEEMEN 976
SEIFERT E. 69
SELVAGGI G. 30, 193, 293, 633, 673, 753, 833, 915, 994, 1152, 1232, 1272, 1350, 1468, 1549, 1586, 1630, 1791, 1832
SELYE 1192
SEMIZZI R. 1943
SENANTE F. 501
SENIN U. 907
SERBESEN P. 832
SERENA A. 712
SERGENT E. 550
SERIO F. 883, 1855
SERRA A. 1178
SERRA V. 1043, 1422
SESTINI C. 1248
SESTINI F. 549, 590
SESTINI L. 1992
SEUD C. 1032
SEVERI A. 1784
SEVERI R. 1381
SÉZARY A. 58
SFORZA L. 432
SHAPIRO P. F. 466
SHARMAN A. 1738
SHARP A. C. 145
SHAW DUNN J. 1020
SHIRLEY K. 189
SICARD 1616
SICARD A. 974
SICILIANO L. 32
SIEBNER M. 110
SIGNORELLI S. 507, 1228
SILBERMANN 780
SILVAGNI L. 1898
SIMILI A. 1742
SIMON 377
SIMON I. 1502
SIMONDI M. 1030
SIMONINI G. 1306
SIMONNET 1959
SIMONS C. E. 2030
SINGER L. 146
SINISCALCHI 540
SIVORI L. 1856
SIÖSTRÖM P. M. 1111
SLAVIERO A. 1785
SLONIM M. 2027
SLOSSE 350
SLOT G. 150
SOEUR 180
SOKOLOWA M. 1182
SOLÉ A. 789
SOLENT 1063
SOLERO L. 899
SOLIERI S. . 1825, 1826, 1903
SOLIS-COHEN M. 823
SOLOMON I. 1309
SONNENBERG 594
SORDELLI A. 1003
SORGE E. 907
SORGE G. . . . 1108, 1187, 1501
SORIANO JEMENEZ M. . . 1942
SORREL-MADIER 1695
SORRENTINO M. . . 1862, 1863
SOSTEGNI A. 1785
SOTGIU G. 1461
SOUPAULT 1507, 1829
SOWIAKOWSKI 378
SPADAFINA L. 546
SPAMPINATO C. 1721
SPECIE R. 1544
SPENCER-PAYNE A. L. . 1066
SPIEGLER R. 229
SPIES J. W. 231
SPILLMANN L. 588
SPIRITO F. 548
SPRANGER N. 789
SQUIER T. L. 792, 1428
STAHAM R. S. 1149
STAHR 314
STANLEY B. 707
STANCANELLI G. 824
STANDTNER F. 1787
STANNUS H. S. 1105
STANTON WOODS R. . . . 342
STARNA A. 189, 1437
STASSEN M. 588
STEFANINI S. 907
STEFANUTTI P. . . . 1387, 1866
STEIN R. O. 1911
STEINBERG G. 1269
STEINHAUS H. 475
STELLE C. W. 1379
STERLING 1618
STERNE J. 190
STERNON F. 711
STEVENS 312
STIEFFEL R. 792
STOCCADA F. . 1785, 1825, 1908
STOCCADA J. 1824
STOCKTON A. B. 1546
STOLL A. 1347
STOLTE K. 509

Pag.

Storchheim F. 150
Stornello M. 1502
Storti E. 1743
Stott A. W. 1778
Straaten 1958
Stragesko 749
Strasfer A. 1255
Strat C. 1109
Strayer F. W. 1074
Stricker 667
Strömbeck L. P. 628
Strominger 1584
Stropeni 111
Strumia M. 1230
Sturlese P. 1907
Suermoudt 942
Sulzberger 380
Süssbrich 1104
Sussi 552
Szabò 663
Szidat L. 906
Szoud E. 715
Szpidbaum H. 991

T

Taddei D. . . . 123, 805, 1824, 1826, 1903
Taglioni V. 1856
Tainter M. L. 1546
Talalaeff 949
Talenti M. 1789
Tamburri T. 1100
Taralli C. 1907, 1909
Tarantino C. 1784
Tardo G. V. 1863
Tassi D. 2005
Tassone U. 733
Tatafiore E. 1496
Taylor 953
Taylor C. H. S. 391
Tchijevskaia T. S. . . . 1429
Tchijevsky A. L. 1429
Téchoneyres E. 1509
Tecilazic F. 1753
Tedeschi 1426
Tedeschi C. 791
Tegoni G. 1029
Telatin 508
Tellera G. 947
Tennesen H. 1268
Terlinck J. 151
Terzani A. 349
Tesauro G. 1667
Testa G. A. 1424
Testa G. F. 1107
Testoni P. 1387
Thannhauser S. J. . . . 1064
Thers M. 1830
Thurel R. 1133
Tigerstedt R. 1541
Tinozzi E. P. 1666
Tinozzi P. F. 745

Pag.

Tirala L. G. 1221
Titone M. 1826, 1903
Tixier L. 1581
Tocantins L. M. 113
Tomasch J. M. 1101
Tomlinson C. C. 387
Tommasini M. 627
Tonnet 1625
Torchiana L. 550, 647
Toro M. 1826
Torrej J. C. 421
Torresini A. 108
Torresini G. 1501
Torrisi D. 1501
Tosonotti T. 1726
Touraine 1063
Tourney A. 1106, 1699
Toussaint P. 1776
Trabattoni C. 348
Trabucchi E. 988
Tranier 104
Traube C. 1740
Travaglini V. 546, 989, 1907, 1910, 1958
Trendelenburg P. 471
Trincas M. 64
Trinchera C. . 546, 989, 1425
Tristaino L. 507
Trogu G. 298
Troian E. 110
Troisier I. 1343
Troncetti F. 683, 728
Tronci L. 549
Tropea U. 669
Tschötschel K. 793
Tung P. C. 110
Turretta A. 471
Tzank A. 711

U

Uffreduzzi O. 666
Uhlmann E. 1103
Uhry G. 384
Ulrici H. 106
Urbach E. 1545
Urso S. 1228
Usnelli G. 1996

V

Vaccarezza R. F. 1414
Vacirca F. 1071
Vaille C. 1547
Vaisey 591
Valdoni P. 1786
Valenzi A. 227
Vallebona A. . . . 1859, 1946
Vallery-Radot P. 946, 1258, 1338
Valtis J. 779
Valverde 1584
Van Dainse F. 779
Van der Zijpen 1669

Pag.

Vanelli A. 472
Van Etten H. 1621
Vanni A. 627, 1266
Vannucci D. 1520
Vannucci F. 1670
Van Sant H. 1260
Vaquez A. 1752
Varcla 1508
Varisco A. 1901
Vasilio 1267
Vassileff N. 341
Vecchi G. 1345
Veiestein L. 1099
Vega M. 1183
Verardi M. 1910
Vernes A. 312
Verrotti G. 386
Versari A. 1893
Veseen L. L. 311
Viale G. 1029
Vian G. 226
Viana 1508
Vidari E. 1423
Vigliani E. 1423, 1460
Vignocci R. 828
Vilenski R. 1270
Villanova G. 106
Villard M. 630
Villardel J. 1379
Villaret M. 906, 1499
Villey-Desmeseret G. . 1848
Vincent G. 1497
Viola G. 863, 1749
Virenque M. J. 550
Virgilio F. 1863, 1907
Visalli F. 828
Visentini F. 1346
Vlados Ch. 1540
Vogt H. 991
Volkmann K. 1188
Volterra M. 1265
Voltolina M. 226
Voynard A. 1420

W

Wahthon 1628
Wakeley C. G. P. 953
Wallenberg M. 189
Walter 1188
Walter H. 821
Wanke R. 1218
Warasi W. 1022
Warter J. 2034
Wassermann S. 1142
Wateff S. 259
Waterhouse A. M. 913
Weil 831, 1464, 1625
Weil M. P. 661, 1538
Weiller P. 1943
Weimberg M. 912
Weinberg J. A. 303
Weissenbach 1625

Pag.

Weisz E. 309
Weizsaecher V. V. . . . 906
Welesheva A. 1617
Wellisch E. 17
Wells A. 312
Wendt H. 713
Wesselow 1585
Westhues H. 866
White N. 1614
White P. D. 1180
Whry P. 1547
Whitwel G. P. B. . . . 1957
Wickinson J. F. 1752
Widenhorn 1628
Widrich E. 1188
Wiganol R. 906
Wildholz H. 1581
Willcox W. 538
Winkler A. W. 1660
Winsburg-White H. P. 422
Winternitz L. 1399
Wishard W. N. 501
Witts L. J. 782
Wolfermann 953
Woodroff S. R. 1863
Woringer P. 1618
Wozasck O. 1112
Wrighet A. D. 381
Wugmeister J. 946
Wuth O. 911
Wybann 350

Y

Yodice 738
Yung A. 714

Z

Zach C. 1163
Zamorani V. 1743
Zanardi J. 1952
Zanetti G. 210
Zeno A. 1148
Zieler 1185
Zenoff I. 869
Zeri P. 1303
Zervos S. G. 1416
Zettel 1110
Zavattari E. 348
Zelaschi C. 1107
Zanetti S. 1346, 1460
Zanini L. 1544
Zappalà G. 932
Zimmermann E. 630
Zingale M. 255
Zito F. 1908
Zocca-Nicosia R. 349
Zolezzi G. 1150, 1855
Zuckschwerdt 1110
Zufas 592
Zummo C. 868
Zupante M. 1894
Zurria G. 386

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Medica (periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLI (1934):**

LAVORI ORIGINALI.

Acromegalia (L' —) di origine mesocefalica. — Dott. G. Campailla. Pag. 748.
Anemie (Reticolociti e —). Significato biologico, diagnostico e prognostico. — Dott. A. Gualdi. Pag. 320.
Batteriemie sperimentali (Sulla localizzazione dei germi nei reni a peduncolo legato nel corso di —). — Dott. N. Cirillo. Pag. 370.
Bile (Ricerche sperimentali sulla azione ipoglicemizzante della —). — Dottori D. Beggi e V. Picasso. Pag. 152.
Capillariscopia nelle cardiopatie. — Dott. P. Di Lernia. Pag. 192.
Cardiopatie in scompenso con edemi (La lipemia nelle —). — Dott. A. Milella. Pag. 403.
Cardiopazienti (Ricerche sulla cronassia dei muscoli e nervi periferici nei —). — Dott. G. Borruso. Pag. 96.
Cirrosi epatica (La sindrome renale nella —). — Dott. A. Ferrannini. Pag. 445.
Colesterinemia (Sul comportamento della —) dopo iniezioni d'istamina e suo impiego alla diagnostica funzionale del fegato — Dottori P. Stefanutti e C. Campana. Pag. 635.
Dermatomiosite a focolai necrotico-suppurativa ed osteoperiostite di origine tifosa. — Dott. C. Costanzi. Pag. 38.
Distonie neuro-vegetative (Stimoli farmacodinamici e lattacidemia nelle —). — Dott. G. Benedetti. Pag. 334.
Diuretici mercuriali (Azione di alcuni ormoni e dei —) sull'evoluzione del ponfo istaminico. — Dottori P. Stefanutti ed E. Jantria. Pag. 573.
Echinococcosi metastasica polmonare (Su di un caso di —). — Dott. V. Maccone. Pag. 600.
Edema universalt discrasico. — Dott. A. Fieschi. Pagina 185.
Epatopazienti (Azione dinamico-specifica negli —) e ricambio intermedio sotto stimoli ormonici. — Prof. G. Bagnaresi e Dott. M. Politzer. Pag. 254.
Filassi (Contributo allo studio della —). — Dott. R. Rubegni. Pag. 305.
Gangrena polmonare (Il trattamento pneumotoracico della —). — Dott. G. Dalla Torre. Pag. 157.
Glicemia degli epatici (Azione dell'acido cloridrico sulla —). — Dott. A. M. Michelazzi. Pag. 78.
Glicoscialia (Ricerche nella —) dei normali e dei diabetici. — Prof. A. Luisada. Pag. 388.
Intossicazione subacuta da piombo (Il quadro clinico dell' —). — Prof. L. Crosetti e Dott. A. Forconi. Pag. 516.
Ittero da stasi consecutivo a fibro-adeno-carcinoma cistico delle vie biliari. — Dott. G. Chiucini. Pag. 685.
Malattie del fegato (Le proteine del plasma nelle —). — Dottori G. Lazzaro e C. Gullini. Pag. 701.
Megacariociti sopravviventi in vitro (Studio sulla biologia dei —). — Dottori M. Torrioli e V. Puddu. Pag. 245.
Megacariociti sopravviventi in vitro (Studi sulla biologia dei —). — Prof. M. Torrioli e Dott. M. Galeazzi. Pag. 647.
Midollo osseo (Sulla possibilità di formazioni di cellule giganti in culture di —) sottoposte all'azione di emanazione di radio. — Dottori M. Torrioli e M. Giusti. Pag. 381.
Nefropatie (Ricerche sulle —). — Dott. C. Manzini. Pag. 121.
Nervo ottico (Atrofia secondaria del —) consecutiva a infezione carbonchiosa. — Dottori A. Colarizi ed E. Panico. Pag. 290.
Ormoni (Azione di alcuni —) e dei diuretici mercuriali sull'evoluzione del ponfo istaminico. — Dottori P. Stefanutti ed E. Jantria. Pag. 573.
Osteite fibrosa cistica (Paratiroidi ed —). — Prof. L. Ficacci. Pag. 489.
Paralisi progressiva a lungo decorso o paralisi stazionaria (Contributo clinico ed isto-patologico alla questione della —). — Dott. M. Tripodi. Pag. 25.
Paralitici generali (Autoemolisine a frigore nei —). — Dott. G. Rabboni. Pag. 470.
Parotite epidemica (Etiologia della —). — Dott. F. Rocchi. Pag. 223.
Plasma (Le proteine del —) nelle malattie del fegato. — Dottori G. Lazzaro e C. Gullini. Pag. 701.
Plasma (Ricerche sul rapporto fra calcio e fosforo nel —). — Prof. G. Melli e Dott. C. Cammarella. Pag. 1.
Pneumotorace (Modificazioni chimico-fisiche del sangue in seguito a —). — Dott. G. Maragliano. Pag. 505.
Poliglobulie da lesioni diencefalo-ipofisarie. — Dott. A. Baserga. Pag. 17.
Reazione del Donaggio (Ricerche con la —) sull'urina e sul liquor nella diatermia generale. — Dott. C. Delfini. Pag. 664.
Reazione di Takata-Ara nel siero e liquido ascitico dei malati di fegato. — Dott. G. Lazzaro. Pag. 143.
Reazioni di fissazione del complemento nella tubercolosi. — Dott. R. Rordorf. Pag. 721.
Rifless di prensione (Janicesky) per la localizzazione dei lobi frontali. — Dott. E. Zito. Pag. 736.
Salasso (Di alcuni effetti del —) sulla costituzione chimica e fisico-chimica del sangue. — Dott. P. Steffanutti. Pag. 57.
Secretina vegetale (Ricerche cliniche sull'azione ipoglicemizzante della —). — Dottori D. Beggi e L. Dettori. Pag. 463.
Sindrome di Ayerza-Arillaga ad etiologia luetica. — Dott. R. Ginoulhiac. Pag. 276.
Splenomegalie e ricambio basale e sue modificazioni in seguito a terapie diverse ed alla splenectomia. — Dott. A. Gualdi. Pag. 652.
Succo gastrico degli ulcerosi gastro-duodenali (Il pH nel —). — Dott. G. Selvaggi. Pag. 674.
Tifo (Gli aminoacidi nel —). — Dott. A. Valentini. Pag. 617.
Triptofano nel siero (Determinazione di —). — Dott. G. Lazzaro. Pag. 565.
Tubercolosi polmonare (Sull'esplorazione funzionale dell'apparato reticolo-endoteliale e sulla cosidetta diagnosi qualitativa della — mediante la prova del rosso Congo). — Dott. A. Fabris. Pag. 417.
Ulcera gastro-duodenale (Contributo clinico-radiologico alla cura dell' —) con le iniezioni di benzoato di sodio. — Dott. R. Liberti. Pag. 581.
Vaccini (Studio delle modificazioni della resistenza leucocitaria sotto l'azione dei —). — Prof. V. Serra e Dott. C. Tacchi. Pag. 199.

NOTE POLEMICHE.

Anemia aplastica (Osservazioni cliniche e fisiopatologiche sopra un caso di —). — Prof. M. Lusena. Pag. 117.

RIVISTE SINTETICHE E ANALITICO-CRITICHE

Chinetociti. Un nuovo elemento del sangue. — Dott. H. J. Goldstein. Pag. 49.
Cronassia (La —) nel suo signficato fisiologico e clinico. — prof. F. Giannuli. Pag. 425.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Chirurgica (periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLI (1934):**

MEMORIE ORIGINALI.

Aderenze periviscerali (Sul segno semeiologico di Leotta per le —). — Dott. F. Rabboni. Pag. 117.
Alcoolterapia (Contributo clinico sperimentale sul valore dell' —) nelle suppurazioni non tubercolari del polmone. — Dott. R. Grasso. Pag. 526.
Anemie spleniche (Sulle —). Esito remoto di splenectomia. — Dott. A. Zagami. Pag. 384.
Anestesia con l'etilene (Sull' —). — Dott. F. Alieri. Pag. 384.
Anestesia con l'etilene (Sull' —). — Dott. F. Alieri. Pag. 1.
Anestesia locale (Iperglicemia e chetonuria negli interventi in —). — Dott. T. Calzolari. Pag. 224.
Aneurismi dell'arteria mesenterica superiore (Gli —). — Dott. C. Spampinato. Pag. 124.
Appendice (Pseudo-mixomi dell' —). — Dott. L. Ugelli. Pag. 100.
Appendice (Un caso di mucocele dell'—). — Dott. C. Tarantino. Pag. 206.
Calcolosi della cistifellea (A proposito della —). — Prof. B. Schiassi. Pag. 53.
Callo osseo (L'influenza delle surrenali sulla formazione del —). — Dott. G. Lucchese. Pag. 579.
Cancro del polmone (Sulla genesi della dispnea nel corso del —). — Dott. R. Grasso. Pag. 699.
Cistifellea (Assenza completa della —) ed ittero « ex emotione ». — Dott. C. Stefanelli. Pag. 503.
Cistifellea (Le modificazioni anatomiche della —) e le variazioni della flora batterica biliare nelle colecisto-gastro-entero-anastomosi. — Dott. G. Scollo. Pag. 40.
Emometria (L' —) nei fratturati. — Dott. G. Picardi. Pag. 453.
Fibro-angioma della mammella maschile. — Dott. G. De Pol. Pag. 679.
Fibroma della parete addominale anteriore — Dott. E. Repetto. Pag. 564.
Frattura del collo del radio (Osservazioni sulla —). — Dott. C. Beccari. Pag. 213.
Germi (Esperienze di localizzazione elettiva di —) in organi diversi. — Dott. G. Serra. Pag. 76.
Iperazotemie ed ipocloremie post-operatorie. — Dott. T. Calzolari. Pag. 157.
Iperemizzazione (La —) edemizzante intervallare quale trattamento di talune infezioni. — Prof. B. Schiassi. Pag. 470.
Lussazione del 1º metacarpo (Su di una rara —). — Dott. M. Canavero. Pag. 517.
Milza e midollo osseo (Contributo allo studio dei rapporti funzionali fra —). — Dott. G. Zappalà. Pagina 139.
Nefrotomia senza sutura (La —). — Dott. C. Maltese Le Roy. Pag. 393.
Occlusioni intestinali (Sul comportamento di alcuni elettroliti del sangue nelle —). — Dott. F. Cataliotti. Pag. 17.
Ormone prostatico (L'influenza dell'—) sulla formazione del callo osseo. — Dott. C. Calef. Pag. 647.
Osteosarcoma primitivo della falange ungueale del pollice. — Dott. G. Guerrieri D'Antona. Pag. 193.
Pancreas (Anatomia patologica e fisiopatologia del —) nelle occlusioni intestinali. — Dott. C Trinchera. Pag. 319.
Pancreas accessori (I —) e loro importanza chirurgica. —Dott. L. Ugelli. Pag. 424.
Pneumatosi intestinale cistica (Un caso di —). — Dott. R. Memmi. Pag. 408.
Polmone (Studi clinico-statistici e sperimentali sulle suppurazioni del —). — Prof. M. Ascoli e Dott. R. Grasso. Pag. 289.
Rene superstite (Modificazioni istologiche e funzionali del —) enervato dopo nefrectomia unilaterale. — Dott. C. Maltese Le Roy. Pag. 538.
Sarcoma (Il —) primitivo dello stomaco. — Dott. R. Memmi. Pag. 307.
Sclerodermia e metabolismo del calcio (Contributo clinico alla conoscenza dei rapporti tra —). — Dott. B. Paggi. Pag. 371.
Simpaticectomia periarteriosa alla Döppler (Rigenerazione della tunica avventiziale nella —). — Dott. E. Palmieri. Pag. 109.
Tetania paratireopriva (La cura della —). Ricerche sperimentali sul comportamento della calcemia in seguito a introduzione sottocutanea di sostanze organiche ricche di calcio. — Dott. B. Paggi. Pag. 639.
Tiroide (Modificazioni istologiche della —) dopo ovariectomia. — Dott. M. Proto. Pag. 460.
Toracoplastiche (Mezzi atti a impedire la rigenerazione del periostio dopo resezione costale nelle —). — Dott. N. Di Paola. Pag. 361.
Trapianto paratiroideo (Contributo allo studio della capacità funzionale del —). — Dott. B. Paggi. Pagina 554.
Traumi contusivi (Rapporti fra —) ed infezioni da stafilococco e da piocianeo. — Dottori R. Pazzagli e R. Zambelli. Pag. 28.
Tubercolosi renale (La formula leucocitaria nella —). — Dott. N. Di Paola. Pag. 685.
Tumori delle guaine tendinee (Contributo allo studio e alla conoscenza dei —). — Dott. M. Canavero. Pag. 341.
Ulcera gastrica perforata (Infarto dell'intestino complicante —). — Dott. G. Castellano. Pag. 175.
Ureterali: sbocchi (Sulla escissione cruenta bilaterale degli —). — Dottori N. Cirillo e L. Dettori. Pag. 248.
Utero gravido (Rottura spontanea accidentale dell' —). — Dott. M. Margottini. Pag. 191.
Vena cava inferiore (Contributo sperimentale alla chirurgia della —). — Dott. G. Montemartini. Pag. 593.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI — Roma, 7 Gennaio 1934 - XII — Num. 1

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1934.

Ai Medici Italiani,

Programma è perseverare e scopo è migliorare e progredire. Dobbiamo ciò oltre e più che a noi stessi ai nostri amici, abbonati e lettori che sentiamo sempre più stretti a noi in caldo consenso.

" **IL POLICLINICO** ,, *deve la sua prospera vitalità alla sua struttura, quale fu genialmente concepita dai suoi eminenti fondatori, una struttura che consente un incessante rinnovamento, un perfetto adattamento ai tempi, senza abbandonare le caratteristiche iniziali.*

" **IL POLICLINICO** ,, *intende mantenere e sviluppare l'equilibrio armonico fra le sue tre Sezioni. Esso ha il privilegio di essere l'unico periodico Italiano che a mezzo della Sezione Medica e di quella Chirurgica si dirige direttamente ai cultori delle due branche e ad un tempo a mezzo della Sezione Pratica parla alla grande maggioranza dei medici, alle esigenze molteplici dei quali intende sempre più corrispondere.*

Perciò la Sezione Pratica continuerà a dedicare buona parte delle sue colonne alle informazioni scientifico-pratiche, agli interessi sindacali, ai resoconti di congressi e accademie e Società Medico-Chirurgiche Italiane che dànno la precisa misura della fervida attività onde sono pervasi tutti i nostri centri di studio universitari e ospedalieri, mentre la parte focale sarà sempre rappresentata dai lavori strettamente tecnici e specialmente a riferimento pratico, casistica clinica inclusa. Con ciò la Sezione Pratica manifesterà sempre più spiccato il suo carattere di periodico indispensabile ad ogni professionista, perchè vi si raccoglie quanto si riferisce ai progressi tecnici seri e sicuri in ponderato e non caotico aggiornamento; perchè ospita articoli sempre di riferimento e contenuto pratico e perchè, attraverso le lezioni cliniche che saranno sempre più numerose, fa sentire direttamente la parola dei maestri e caposcuola delle cliniche generali e specializzate e dei maggiori centri ospedalieri Italiani.

Basti ricordare che nell'anno 1933 furono pubblicate lezioni e conferenze, oltre che da Maestri di clinica medica, chirurgica e speciale, quali Baggio, Brancati, Comolli, Di Guglielmo, Frugoni, Galdi, Gamna, Gasbarrini, Leotta, Preti, Silvestrini, Taddei, anche da alcuni dei migliori medici e chirurghi primari, quali Jona, Puccinelli.

L'abbondanza del materiale che viene offerto dagli AA. consente una scelta severa, per modo che vengono pubblicati soltanto lavori che hanno un valore intrinseco, un particolare interesse per il medico pratico.

Rimarremo quindi aderenti alle sicure tradizioni del nostro passato, con la certezza di continuare a contribuire nell'avvenire alla coltura, elevazione e dignità scientifica, professionale e morale dei medici italiani che come cittadini sono consapevoli che il rigido compimento di ogni dovere fino al sacrifizio è necessario alla vita, alla grandezza e alla potenza della patria, come il fascismo la vuole, e che come studiosi e professionisti sono lieti di prodigare anima e mente, pensiero e sentimento per una più chiara comprensione dei morbi, per un più utile aiuto agli ammalati e per il progresso e il potenziamento della scienza e delle scuole italiane.

LA REDAZIONE

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: M. Bottaliga: Un'osservazione di ittero epidemico (così detto ittero catarrale) a decorso prolungato e con ascite. Guarigione. — M. D'Amico: Brevi note su di un caso di paratifo C.
Note e contributi: G. Rubinato: Sul significato clinico e sul valore prognostico dell'agranulocitosi nelle infezioni.
Sunti e rassegne: MALATTIE INFETTIVE: O. Müller: L'influenza. — U. Revelli: Ricerche sull'etiologia della scarlattina. — SISTEMA NERVOSO: La terapia fisica delle malattie nervose. — I. G. Love: Varici aneurismatiche arteriovenose del cervello. — ORGANI DIGERENTI: C. Garin e P. Bernay: Il dolore negli ulcerosi. — C. Rosser: Su alcune nozioni pratiche di proctologia.
Divagazioni: Jokl e Guttmann: Conseguenze neuro-psichiatriche del pugilato.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Accademia Lancisiana di Roma. — Società Medico-Chirurgica di Pavia.
Appunti per il medico pratico: DALLA PRATICA CORRENTE: A. Dionigi: Grave intossicazione da estratto di tabacco determinatasi per via percutanea. — CASISTICA: Le crisi dolorose epato-biliari senza calcoli. — La sindrome di ipercinesia vescicolare nelle stenosi iustavateriane incomplete del coledoco. — Sopra un caso di epatite da genesi probabilmente tubercolare. — TERAPIA: Sul trattamento dell'eczema infantile. — Il trattamento dell'acne. — TECNICA DI LABORATORIO: Valore della reazione di Sachs Witebsky (Citochol) nella diagnosi di sifilide. — SEMEIOTICA: Lo sguardo « fiero » del poppante. — MEDICINA SCIENTIFICA: Nuove ricerche sui parassiti malarici. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Controversie giuridiche.
Nella vita professionale: L. Siciliano: Radiologi e ginecologi. — Servizi igienico-sanitari. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI SEMEIOTICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. G. BASTIANELLI

Un'osservazione di ittero epidemico (così detto ittero catarrale) a decorso prolungato e con ascite. Guarigione.

Dott. MARIO BOTTALIGA, aiuto.

Nel marzo e aprile 1933 vennero ricoverati 9 casi di ittero epidemico. Intendiamo con questa denominazione l'ittero cosidetto catarrale (detto anche ittero semplice, ittero comune) che si può presentare in forma sporadica o in forma epidemica. Di questa malattia, chiamata anche durante la guerra ittero castrense, non si conosce l'etiologia ed ha decorso generalmente benigno.

Tutti i casi ricoverati lasciarono l'ospedale in 2-6 settimane, tranne uno di cui segue la storia.

Z. P., a. 30, da Ampezzo, governante, residente in Roma.

Nulla da rilevare nell'anamnesi remota.

Circa la presente infermità racconta che sin dal 1° marzo cominciò a lamentarsi di malessere, inappetenza, prurito e che il 10 marzo si accorse di essere divenuta itterica e qualche giorno dopo cominciò ad avvertire indolimento a volte piuttosto intenso nella regione ipocondriaca destra. L'ittero diventò gradatamente intenso: ebbe vomito, le feci scolorate. La febbre comparve sin dai primi giorni della malattia attorno ai 37°,5. Solo una notte ebbe febbre elevata.

Ingresso il 17 aprile 1933.

Status: malata di robusta costituzione; abbastanza grassa. È cosciente, apirettica. La cute e le sclere intensamente itteriche: colorito giallo-verde. Polso 70 ritmico. Respiro regolare. Edemi agli arti inferiori.

Nulla a carico dei polmoni e del cuore.

Nell'addome *i segni fisici di versamento libero peritoneale.* Il fegato in alto alla 4ª costa, in basso non si può delimitare. La milza non è palpabile.

Le urine di colore scuro. P. S. 1007 quantità delle 24 ore 750 cc. reaz. acida. Albumina: tracce. Zucchero: assente. Pigmenti biliari presenti. Urobilina assente. Nel sedimento leucociti; pochi cilindri granulosi. Feci acoliche. Glicemia 1,7 ‰. R. W. negativa. Reazione di Van den Bergh di-

retta e indiretta immediatamente positive. Esame di sangue: Gl. rossi 4.340.000. Gl. bianchi 30.800. Emoglobina 75. Indice 0,86. Polinucleari neutrofili 80 %. Linfociti 6 %, monociti 14 %.

Nei primi due giorni di degenza fu apirettica: al 3° giorno 38°,3 e da allora giornalmente ebbe febbre tra 37°,6 minima e massima 38°,8.

Vuotamento del liquido addominale: Estratti cc. 2500 di liquido torbido di colorito giallo-verdastro. P. S. 1011. Rivalta negativa. Nel centrifugato poche emazie, qualche linfocito, più numerosi i polinucleati. Nel liquido ascitico proteine totali 0,66 %; albumina 0,35 %; globulina 0,31 %; rapporto a/g 1,12. Subito dopo il vuotamento non si palpava distintamente il margine inferiore del fegato. Altezza dell'ottusità del fegato in centimetri: sulla parasternale 8 cm., sulla emiclaveare 10 cm., sull'ascellare anteriore 12 1/2 cm.

Le condizioni dell'ammalata andarono sempre più aggravandosi. Nella seconda settimana di degenza (ultima di aprile) ci fu delirio, agitazione, contrazione dei muscoli della faccia, ritenzione di urine. Gli edemi alle gambe e il liquido ascitico aumentarono. Vomito biliare. Nelle feci sangue emorroidario. La diuresi tra 600 e 1200 cc. Sempre pigmenti biliari: assente l'urobilina. Negativa la ricerca dei cristalli di leucina e tirosina. L'azoto aminico del sangue era milligr. 7,2 %. Nel plasma le proteine totali 5,22 %. (Albumina 2,49 %, globuline 2,76 %. Rapporto Albumina-globulina 0,9). Colesterinemia 0,88 ‰.

Le condizioni rimasero gravi per circa una settimana. Nella prima decade di maggio cominciò il miglioramento. L'ascite e la febbre scomparvero. Il vomito cessò, le feci tornarono a farsi colorate; ritornò l'appetito, nelle urine scomparvero i pigmenti biliari e comparve l'urobilina.

Tale miglioramento si accentuò nella 2ª e 3ª decade di maggio: il 24 maggio l'esame del sangue dava 8000 leucociti.

Nel plasma le proteine totali erano 6,78 %; albumina 1,94 %; globulina 4,86 %; il rapporto albumina-globulina 0,37.

Alla fine di maggio le urine erano senza urobilina nè pigmenti biliari. Comparve piuria e nelle urine venne isolato il bacterium-coli. La quantità di urine giornaliera salì da 1000-1500 a circa 3000.

Ai primi di giugno il colore della pelle era quasi normale, le condizioni generali buone, l'appetito ritornato. La malata potè abbandonare il letto. Il fegato nel suo margine inferiore era palpabile subito sotto l'arcata di consistenza aumentata.

Dopo conosciuta l'etiologia del morbo di Weil, si potè distinguere questo dal comune ittero infettivo o ittero catarrale. Questo durante la guerra comparve in forma epidemica in tutti gli eserciti. Bompiani e Jovene ed altri lo studiarono sul nostro fronte distinguendo dall'ittero da spirochetosi queste epidemie di ittero infettivo a etiologia ignota, che altri, a torto, credettero dovessero riferirsi a forme lievi della spirochetosi ittero emorragica.

Fu nel corso di tali epidemie che si videro casi che, iniziatisi come itteri infettivi semplici senza segni di gravità, qualche volta rapidamente, altre volte solo dopo alcune settimane venivano a morte con il quadro dell'atrofia giallo-acuta del fegato. Questa indubbiamente è stata osservata più spesso negli ultimi 15 anni. Umber riporta a questo proposito i seguenti dati statistici personali: su 33 casi di atrofia del fegato osservati dal 1903 al 1922, nel periodo 1903-1911 ne vide solo tre, mentre nel 1920 sette e nel 1921 undici casi. Anche Herxheimer, Seyfarth, Eppinger, Lepehne ed altri affermano che negli ultimi anni l'atrofia gialla del fegato è stata osservata più frequentemente nell'Europa Centrale.

Eppinger, potè osservare alterazioni degenerative gravi delle cellule epatiche in tre casi di ittero lieve in soldati itterici morti accidentalmente. Secondo Eppinger l'ittero infettivo sarebbe una affezione che colpisce sin dall'inizio in modo più o meno grave il parenchima epatico, quindi la possibilità di giungere per gradi fino alle forme più gravi di degenerazione del fegato cioè alla atrofia gialla acuta. Nelle epidemie di ittero infettivo osservate in guerra un certo numero di casi aveva esito letale con i segni dell'insufficienza epatica acuta. Merighi su 29 casi di ittero riporta un caso, sezionato da Dionisi, di atrofia gialla acuta. Dionisi (riferisce Merighi) affermava di avere anche altre volte constatata l'atrofia gialla acuta quale reperto di autopsia nel corso di epidemie di ittero infettivo.

Bolaffi riportando reperti di autopsia di malati di ittero da spirochete riferisce di altri casi nei quali riscontrò il quadro anatomopatologico della atrofia gialla del fegato durante una epidemia di ittero infettivo castrense.

Accanto ai casi di atrofia giallo-acuta sono state osservate altre forme cliniche di atrofia epatica a decorso subacuto e subcronico. L'esito in cirrosi dell'atrofia giallo-acuta ad andamento sub-cronico era ben noto agli anotomopatologhi, ma è stato interessante osservare con maggiore frequenza questi casi negli ultimi tempi, ciò che ha portato ad una migliore conoscenza della forma clinica stessa e dei suoi esiti in guarigione o in cirrosi, o in apparente guarigione seguita da ricadute spesso letali.

Clinicamente le forme ad andamento subcronico della atrofia giallo-acuta si presentano all'inizio per un periodo di varie settimane con l'aspetto di un ittero semplice con lievi elevazioni di temperatura, feci acoliche, fegato a volte lievemente ingrandito; dolori diffusi a volte vivi alla regione epatica. Dopo questo periodo iniziale viene l'aggravamento. l'ittero si fa sempre più accentuato, compaiono sintomi gravi di insufficienza epatica, il fegato diminuisce di volume, compare l'ascite

che in queste forme è costante; dolori accentuati all'ipocondrio destro; accessi febbrili; leucocitosi. Spesso tumore di milza. In tali forme a decorso protratto può avvenire la guarigione.

Il caso da noi riferito ha presentato la sintomatologia suddetta. Nel primo periodo non è possibile una distinzione dalle forme dell'ittero infettivo che evolvono benignamente: solo il persistere del vomito e l'accentuarsi dell'ittero e della febbre possono far temere l'evoluzione della malattia verso la forma dell'atrofia gialla. La comparsa dell'ittero può avvenire dopo una settimana dall'inizio dei primi sintomi (malessere, anoressia, astenia, lievi rialzi termici).

La dolenzia all'ipocondrio destro può essere molto accentuata e alle volte anche avere l'apparenza di una colica che può al principio far pensare a un ittero da occlusione; come può esserci notevole leucocitosi (nel nostro caso veramente forte: 30.000) e febbre, la diagnosi può essere meno facile. È il caso riferito da Umber nel quale si intervenne chirurgicamente e si trovarono le vie biliari pervie.

Il risultato della colecistografia può anche indurre in errore. Anche noi abbiamo osservato che nelle forme di ittero infettivo, radiograficamente dopo iniezione di tetraiodofenolftaleina la cistifellea non si vede: ciò è dovuto a cattiva funzionalità epatica. Tale referto negativo può essere erroneamente interpretato.

L'ascite compare quando si iniziano i sintomi gravi: si possono avere edemi negli arti inferiori. Il liquido ascitico presenta i caratteri del transudato, ed è in genere torbido. Sulla patogenesi di tale ascite Seyfarth ritiene che la proliferazione del tessuto connettivo, sempre crescente insieme ai processi di riparazione del parenchima epatico, abbia per effetto una distruzione di capillari portali onde stasi portale e ascite.

È anche probabile che in tali casi esista un grave disturbo del ricambio idrico come la presenza di edemi e il rapido assorbirsi dell'ascite con il migliorare della malattia starebbe a provare nel caso riferito. Che vi sia infatti una grave alterazione nella composizione chimica del plasma è dimostrato dal risultato delle analisi eseguite: il rapporto albumina globuline è stato sempre al disotto dell'unità fino a raggiungere un valore minimo (0,37) per l'impoverimento in albumina del plasma; nè il miglioramento clinico ha influito sul comportamento del rapporto albumina-globuline; anzi il valore più basso si è avuto quando le condizioni dell'inferma erano molto migliorate. Quale sarà l'avvenire della malata? Il comportarsi delle proteine del plasma ha in tali casi un valore prognostico? Potrà nella malata svilupparsi la cirrosi epatica che, come abbiamo visto, può essere l'esito di tali affezioni del fegato? Nelle cirrosi si trova infatti un abbassato rapporto albumina-globuline.

Abbiamo ritenuto utile riferire tale caso veduto nel corso di una epidemia di ittero infettivo poichè tale osservazione è almeno tra noi del tutto eccezionale. Qui in Roma, a parte i casi di ittero infettivo grave (morbo di Weil) che si osservavano assai frequenti nei mesi estivi parecchi anni fa, specie tra coloro che prendevano bagni in alcuni tratti del Tevere, l'ittero infettivo che compare sporadicamente o in piccole epidemie ed è legato ad un virus sconosciuto, ha generalmente un decorso benigno.

L'esperienza dei medici qui in Roma fa ritenere che in queste epidemie di ittero infettivo se sono rare le forme gravi con esito letale sono ancora più rare le forme a decorso prolungato con esito in guarigione.

Alcuni anni fa osservammo un caso rapidamente mortale iniziatosi come una forma lieve di ittero infettivo e che circa venti giorni dopo la comparsa dell'ittero venne a morte con la sindrome della insufficienza epatica acuta. Il vedere come nel caso nostro un ittero presentare segni clinici da far pensare ad una forma sub-acuta di atrofia gialla del fegato e poi guarire è un fatto che deve essere considerato, almeno tra noi, del tutto eccezionale.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce di un caso di ittero infettivo a decorso grave e prolungato che presentò il quadro dell'atrofia gialla sub-acuta del fegato clinicamente guarito.

Rileva alcune particolarità della sintomatologia (l'ascite, la leucocitosi, i dolori) e del decorso e le difficoltà diagnostiche con gli itteri da occlusione. Rileva inoltre l'alterata composizione delle proteine nel plasma.

BIBLIOGRAFIA.

Vedere l'estesa bibliografia riportata sull'argomento nei capitoli « Ittero » (H. EPPINGER) e « Infiammazioni acute del fegato » (G. LEPEHNE) nei vol. IV e V de « La Clinica Moderna » di Klemperer.

Consultare:

BOLAFFI. *Rapporti tra ittero infettivo spirochetico e atrofia giallo-acuta del fegato.* Lo Sperimentale, IV-VI, 1920.

BOMPIANI e JOVENE. *Contributo allo studio dell'ittero epidemico tra le truppe operanti.* Policlinico, Sez. Pratica, 1917.

Chiadini. *Contributo all'anatomia patologica dell'ittero infettivo epidemico*. Pathologica, 1-II-1917, vol. IX.
Costa e Troisier. *Deux épidemies d'ictère commun.* Anuels de Medecine, 16-III-sett., 1924.
Herxheimer. *Ueber die akute gelbe Leberatrophie.* Klin. Woch., 15 luglio 1922.
Merighi. *Alcune osservaz. intorno all'ittero epidermico.* Policlinico, Sez. Prat., 1917, pag. 280.
Seyfarth in Strumpell. *Trattato di Patologia Medica.* Vallardi, ed. 1931, vol. I, parte II, pag. 417.
Umber. *Ueber die akute gelbe Leberatrophie.* Klin. Woch., 5 agosto 1922.

R. Clinica per le Malattie Subtropicali e Tropicali
della R. Università di Roma
diretta dal Sen. Prof. Aldo Castellani.

Brevi note su di un caso di paratifo C.

per il dott. M. D'Amico, assistente volontario.

La conoscenza clinica e batteriologica del paratifo C rimonta al 1908, epoca in cui a Roma Carducci descrisse il primo caso. Durante la guerra europea e subito dopo altri casi ne vennero descritti in diverse parti del mondo, principalmente nella zona Balcanica da Hirschfeld, il quale fece uno studio completo del microrganismo. Il carattere cosmopolita dell'affezione è confermato poi dalle epidemie di Russia (1921-23), di Sumatra (1927) e del Congo Belga (1930). Recentemente Giglioli ha comunicato parecchi casi della Guiana inglese, ove l'affezione è endemica e lo stesso si avvera nei riguardi della Columbia Occidentale secondo le osservazioni di Pampana.

Si è da poco richiamata l'attenzione (Tenbroeck) sul fatto che le infezioni da paratifo C negli ultimi anni sembrano essersi fatte più frequenti. Ed è per questo, e per il carattere cosmopolito della infezione, dai diversi autori considerata di una certa gravità, che la sua conoscenza viene ad assumere notevole importanza.

Il modo di infezione non è con certezza stabilito; per lo più l'inizio è brusco e così anche la fine della malattia. Il primo sintomo è la febbre, che spesso è l'unico segno di malattia, di rado preceduta da brivido. La febbre è continua irregolare, ma in questa irregolarità predomina la intermittenza, ovvero si hanno delle forti remissioni. Durante il corso di essa non è possibile distinguere fasi particolari. Caratteristica è la integrità del sensorio. La milza è di solito modicamente ingrossata e molle. In ordine di frequenza si riscontrano casi con localizzazioni polmonari, che per analogie sintomatiche furono talora scambiati per influenza, casi a febbre intermittente che simulano la malaria, casi con ittero, casi con sintomatologia setticemica (tifo simili) e casi con sintomi di enterocolite. Rarissime le localizzazioni cutanee.

Clinicamente la infezione può presentare varie forme come è stato notato da parecchi autori e recentemente da Giglioli il quale distingue una forma caratterizzata da modica febbre di lunga durata (40 e più giorni); una forma abortiva e ambulatoria della durata di 4 o 5 giorni; infine una forma algida e fulminante progrediente rapidissimamente verso l'exitus.

La diagnosi in base ai soli segni clinici non è possibile farsi; tuttavia è sospettabile nei casi di febbre irregolare piuttosto intermittente o continua con forti remissioni, insorta bruscamente e tumore di milza, in cui non si siano dimostrati i parassiti malarici ed il chinino non abbia avuto effetto. Va però tenuto conto della non rara coesistenza della infezione malarica nello stesso individuo.

In linea generale nella diagnosi differenziale col tifo, per questo parla l'inizio lento e subdolo, la febbre continua, un decorso divisibile in periodi, la roseola, lo stupore, la bradicardia relativa ed il dicrotismo del polso. Le infezioni da paratifo A e B offronto invero caratteri differenziali minori dal punto di vista clinico, quindi meno apprezzabili; tuttavia in queste si hanno più spesso sintomi notevoli a carico dell'apparato digerente.

In ogni caso sospetto l'emocoltura specie se eseguita nei primi giorni di malattia, usando il metodo di diluizione del Castellani, chiarisce la diagnosi; in un periodo avanzato, mentre è più raro aver risultati positivi dall'emocoltura, se ne hanno con maggior probabilità dalla prova della siero-agglutinazione.

Si danno recidive nel 25% dei casi, senza cause apprezzabili.

La prognosi, a parte il criterio epidemiologico è subordinata alle condizioni del soggetto.

La terapia non può essere che sintomatica e dietetica.

Dal punto di vista della profilassi non bisogna dimenticare che si ha un valido aiuto nella vaccinazione, e va ricordato a questo proposito come durante la guerra in vista di casi mortali di paratifo C Castellani aggiunse al vaccino polivalente TAB un ceppo di paratifo C costituendo il vaccino TABC che si dimostrò di grandissimo valore profilattico.

Credo opportuno riportare un caso occorso nella Nostra Clinica.

Il malato giunse a noi in epoca avanzata di

malattia e mentre la emocoltura, la coltura dalle feci e dal secreto duodenale ripetutamente dettero esito negativo, la prova della siero-agglutinazione eseguita più volte e con più ceppi di paratifo C e con risultati notevoli ogni volta, ci dette modo di confermare la diagnosi clinica.

. F., di anni 16, da Campiglia d'Orcia, residente a Roma, venditore di frutta ed erbaggi. Entra in clinica il 7-III-1933.

Negativo il gentilizio; ebbe rosalia in tenera età, tre anni fa polmonite franca. D'allora è stato sempre bene. Circa dodici giorni prima di entrare in Clinica ha cominciato ad avere temperatura febbrile senza altri disturbi notevoli. La febbre pur essendo continua nei giorni seguenti ha mostrato delle elevazioni serotine fino a 38°5-39 con remissioni al mattino fino a 37°,5. Non tosse, non cefalea, non brividi, non sudori, non vomito,

Nelle feci uova di ascaridi.

Le prove di siero-agglutinazione eseguite sui germi del tifo, paratifo A e paratifo B, melitense e paramelitense dànno esito negativo.

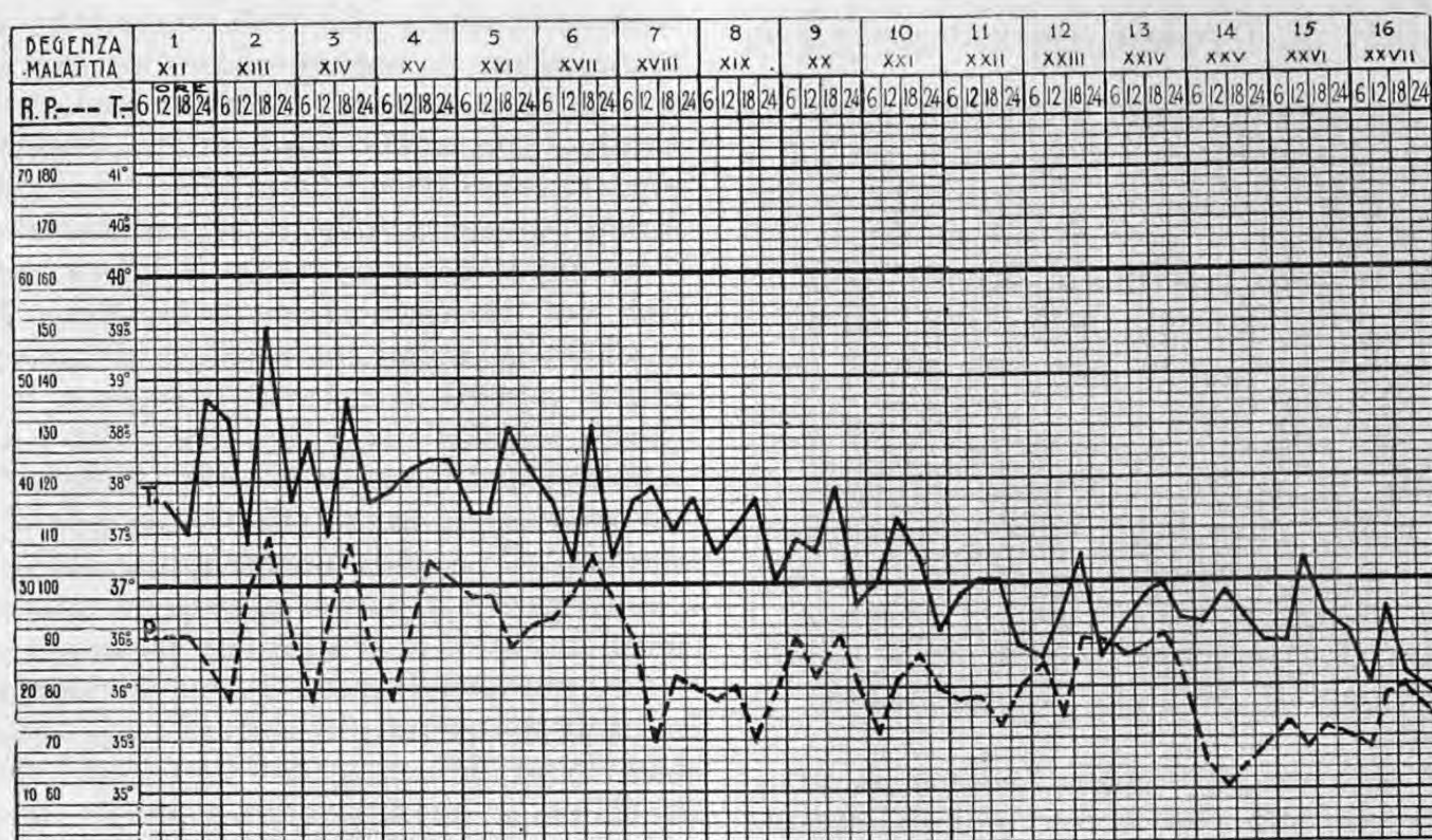
Si esegue allora detta prova nei riguardi di un ceppo di paratifo C (dell'Istituto Ross di Londra) con il B. Asiaticus Immobilis (Castellani) e con un ceppo di B. Columbensis (Castellani) e si hanno i seguenti risultati:

Siero-agglutinazione verso il paratifo C: positiva fino al titolo 1/800;

Siero-agglutinazione verso l'Asiaticus: positiva fino al titolo 1/400;

Siero-agglutinazione verso il Columbensis: negativa.

Con la prova di saturazione delle agglutinine del Castellani si definì allora l'agglutinazione del paratifo C come specifica e quella dell'Asiaticus come agglutinazione di gruppo.

Fu poi saggiato il potere agglutinante del siero

nessun dolore, alvo e minzioni regolari; in somma nessun altro segno di malattia che una febbre continua fortemente remittente. In tali condizioni entra in Clinica, presumibilmente in XII giornata di malattia .

E. O. Condizioni generali buone, sensorio integro, facies congesta, assenza di esantemi; adenopatie epitrocleari e delle altre stazioni gangliari. Lingua patinosa e umida, null'altro di notevole nel cavo orale.

Itto cardiaco evidente; il primo tono è impuro su tutti i focolai.

Addome trattabile ed indolente.

Nelle inspirazioni si palpa il polo inferiore della milza molle al di sotto dell'arco costale.

Alle ore 12: temp. 37°,8, polso 80, respiro 16.

Pressione vascolare: Mx 125, Mn 75 al Recklinghausen.

Urine: nulla di notevole all'esame chimico e microscopico, solo una debole diazo-reazione di Ehrlich.

Esame del sangue: globuli rossi 4.870.000; gl. bianchi 7190; Hb. 92; neutrofili 63; eosinofili 2; linfociti 26; monociti 9.

verso altri ceppi di paratifo C ceduticí gentilmente dall'Istituto di Igiene della R. Università ottenendo i seguenti risultati:

Ceppo Orianemburg: agglutinazione positiva fino a titolo di 1/800.

Ceppo Thompson: agglutinazione positiva fino a titolo di 1/400.

Ceppo Virchow: agglutinazione positiva fino a titolo di 1/800.

Ceppo E. A.: agglutinazione positiva fino a titolo di 1/400.

Ceppo Glasser Vold.: agglutinazione positiva fino a titolo di 1/800.

Ceppo Sahli Mustafa: agglutinazione positiva fino a titolo di 1/400.

Ceppo Hirchfeld: agglutinazione positiva fino a titolo di 1/800.

Ceppo Carducci: agglutinazione positiva fino a titolo di 1/800.

Degno di nota un fenomeno osservato nel nostro paziente, e cioè una relativa bradicardia che si è mantenuta durante tutto il corso della febbre. E questo sintoma, raro nel paratifo C, piuttosto caratteristico del tifo, sulle prime ci fece

pensare che si avesse a che fare con una infezione da B. di Eberth.

Il 2-IV-33 il paz. era apirettico e dopo alcuni giorni veniva dimesso. Prima di lasciare la Clinica fu risaggiato il potere agglutinante del siero con risultati identici ai precedenti.

La cura praticata nel nostro paz. fu dietetica e sintomatica; si trattava peraltro di un caso leggero senza particolari localizzazioni.

Circa la diagnosi possiamo dire che fu fatta è vero, sulla base di una siero-agglutinazione, la emocoltura essendo riuscita negativa, come però poteva supporsi data l'epoca avanzata di malattia, ma d'altra parte trattavasi di siero-agglutinazione a titolo elevato.

Dal punto di vista clinico io credo si avessero elementi probativi per una diagnosi di sospetto per lo meno; si trattava infatti di una affezione iniziatasi con febbre insorta bruscamente, senza brivido, mantenutasi continua con forti remissioni per parecchi giorni (v. grafica) senza nessun altro segno di malattia che un modico tumor di milza. Si trattava di uno di quei casi descritti di paratifo C caratterizzati dal fatto che se il paziente non avesse la febbre non si accorgerebbe di essere malato.

Va qui ricordato come molte volte il medico si trovi in presenza di casi simili e che di rado sospetti la vera causa del male, essendo la mente di solito più portata a vedere le cose di semplice e comune conoscenza; la diagnosi che in tali casi viene fatta generalmente è quella di febbre intestinale, e simili.

In altri casi di dubbio diagnostico si fa spesso, richiesta al laboratorio di una Widal per Tifo e Paratifi A e B e si dimentica che esiste un Paratifo C che deve ritenersi assai più frequente che non si creda. Ne viene di conseguenza che la frequenza maggiore con cui pare si sia riscontrata questa affezione negli ultimi tempi vada attribuita in parte anche alla frequenza maggiore con cui essa è stata diagnosticata.

RIASSUNTO

L'A. descrive un caso di Paratifo C e richiama l'attenzione sulla importanza della conoscenza di tale affezione e sulla importanza che può assumere la siero-agglutinazione a scopo diagnostico.

BIBLIOGRAFIA.

BAINBRIDGE. Journal of Hygiene, 1921.
CAPPELLINI. Boll. Ist. Sierot. Milan., 1930.
CARDUCCI. Bollett. Soc. Lancisiana, Roma, 1908.
ID. Ibid., 1909.
CASTELLANI A. *Die agglutination bei gemischter Infection und die Diagnose der Letzteren.* Zeits. f. Hyg. u. Inf., 1902.
ID. *On a special Method for the detection of typhoid in the blood.* Zentr. f. Bakt., Bd. XXXI, n. 10, 1902.
ID. *Paratyphoid fevers in the tropics: cases of mixed infection.* Journal Ceylon Branch Brit. Med. Ass., IV, part I, 1907.
ID. *Nota sulle infezioni tifiche, paratifiche, paratifosimili e miste nella zona adriatico-balcanica.* Ann. med. nav. e col., a. XXII, II, fasc. 5-6, 1916.
DUDGEON e URQUHART. Lancet, 1920.
GARROW. Ibid., 1920.
GIGLIOLI G. Journal of Hygiene, 1929.
ID. Jl. Trop. Med. a. Hyg., 1932.
HICKS. Ibid., 1930.
HIRSCHFELD. Lancet, 1919.
MAC ADAM. Ibid., 1919.
MARMO A. *Observation on Castellani's columbensis fever with report of six cases occurring in Erithrea.* Jl. Trop. Med. a. Hyg., 1932.
PAMPANA. Annali d'Igiene, 1931.
SCHUTZE. Lancet, 1920.

NOTE E CONTRIBUTI

I[a] DIVISIONE MEDICA DELL'OSPEDALE CIVILE DI TREVISO.

Sul significato clinico e sul valore prognostico dell'agranulocitosi nelle infezioni.

Prof. dott. GIOVANNI RUBINATO,
medico primario.

Le alterazioni della crasi sanguigna, che si osservano nelle malattie infettive sono così variabili a seconda dei germi e dei loro prodotti tossici, che vanno agendo direttamente sul sangue o sugli organi emopoietici, determinando modificazioni e per qualità e per quantità sugli elementi circolanti, che non vi è giorno che non ci si ponga il quesito, se dallo studio di esse si possa arguire sulla qualità e gravità dell'infezione e sull'identificazione del germe, che l'ha prodotta.

Sfortunatamente il medesimo germe non porta sempre le stesse modificazioni sanguigne, come lo stesso virus, colpendo il medesimo organismo, non provoca le stesse lesioni, ma queste variano a seconda della sua virulenza ed a seconda delle speciali condizioni, in cui si trova il soggetto colpito.

Vi è un gruppo di malattie infettive o tossiche che sieno, che ha, come specifica caratteristica, quella di ledere profondamente l'intima struttura degli organi emopoietici e specialmente quella del midollo osseo, sia eccitando, sia alterando, sia infine necrosando gli elementi costitutivi del tessuto in modo da provocare la comparsa nel sangue di corpuscoli preformati, immaturi, alterati od anor-

mali od in misura assai maggiore o minore del normale: alterazioni insomma così profonde nella crasi sanguigna e talora così caratteristiche e peculiari per ogni singolo quadro, da ben differenziarle fra loro, così ad es. le leucemie, le diatesi emorragiche, le policitemie, ecc.

Accanto a queste, vi sono infezioni, che provocano alterazioni non su tutti gli elementi del sangue, ma su qualche singola parte; se sul globulo rosso, alterandone la resistenza, vi stabiliscono uno stato di anemia più o meno accentuato; se sulla piastrina o sull'elemento primordiale di questa, diminuendone il numero, vi creano una facilità alle emorragie; se, finalmente, sul leucocita granuloso, ostacolando il suo passaggio nel torrente circolatorio, diminuiscono la difesa organica contro la stessa infezione: ed è appunto su questa ultima emergenza, provocata, in special modo, da certe localizzazioni ulcerose delle tonsille e del faringe che fu richiamata l'attenzione in quest'ultimo decennio da numerosi osservatori, che intendo di portare il mio contributo nell'interesse del medico pratico.

È ben noto che nelle malattie infettive, per azione dei veleni batterici sui centri vasomotori, viene provocata, in certi distretti vascolari, una vasodilatazione ed una conseguente stasi relativa, che facilita la diapedesi: lo stravaso cioè dei leucociti nel focolaio morboso. Qui poi la chemiotassi attiva dirige questi elementi del sangue verso il focolaio infiammatorio, mettendo così in contatto i fagociti coi germi infettivi. Per meglio facilitare questo compito di difesa il midollo osseo vi coopera con un aumento della propria ordinaria attività, provocando quella benefica leucocitosi, che accresce il numero degli elementi in grado di stravasare e di concorrere alla lotta. Non tutti però gli elementi bianchi del sangue vi concorrono in egual misura; quelli, a cui si attribuisce la massima azione, sono gli elementi granulosi: a questi è in special modo affidata la lotta per la difesa dell'organismo in preda all'infezione.

Ma contro questo benefico meccanismo di difesa agisce l'azione patogena di certe infezioni, il cui virus pare colpisca e distrugga, di preferenza, il leucocita granuloso, come, per altre infezioni l'azione tossica colpisce altri elementi del sangue, diminuendo così i poteri di difesa dell'organismo e quindi aggravando notevolmente il decorso e portando all'esito letale.

Il meccanismo di azione di tutti questi processi infettivi si svolge o direttamente sull'elemento sanguigno circolante ovvero agisce sul suo centro di produzione: il midollo osseo; per cui, alla sua volta, l'alterazione può istituirsi su una parte o su tutti i suoi tessuti costitutivi, di conseguenza avremo diversi quadri morbosi, in cui prevarrà l'anemia, o la leucopenia o la piastrinopenia o la policitemia seconda del sistema maggiormente od unicamente colpito.

E che il meccanismo di azione patogena in queste diverse contingenze debba attribuirsi più che ai germi alle loro tossine lo si può dedurre da fatti analoghi avverantisi per intossicazione da svariate sostanze, come l'arsenico, il benzolo, il bismuto e dalle emanazioni di raggi X, di Torio e di Radio.

Non è scarso il numero degli autori che vuole far concorrere alla produzione di tali lesioni uno stato precedente del midollo osseo, che lo renderebbe costituzionalmente più recettivo all'azione di questi speciali tossici o per una sua particolare disposizione ovvero per incompleto sviluppo di uno o di più tessuti, che lo compongono: avverrebbe nel midollo osseo quello stesso che vediamo svolgersi negli apparati endocrini così bene espresso dal Pende come « diatesi glandolare ».

Così noi osserviamo dei quadri ematologici assai differenti nelle diverse infezioni; in alcune l'aumento, in altre la scarsezza dei singoli elementi morfologici del sangue, quasi a denotare che taluni veleni, a seconda della dose e della qualità, abbiano a stimolare il corrispondente tessuto morfogenico, altri abbiano invece ad arrestarne la produzione con un'azione siderante. L'osservazione clinica è favorevole a questa interpretazione, essendo ben nota la leucopenia dell'infezione tifoide, della febbre ondulante e di altre infezioni, mentre nelle forme settiche e nella pneumonite è quasi sempre presente un certo grado di leucocitosi; modificazioni del numero dei leucociti nel sangue, che importanza notevole possono avere nella diagnosi e nella prognosi di moltissime malattie.

Ma oltre i fatti clinici vi sono anche fatti sperimentali, che s'accordano con questa teoria: così nella Clinica del Murri, assieme al collega Masetti (1), introducendo, in una trentina di conigli, del sangue e dei germi, isolati da individui leucemici, potemmo ottenere una stimolazione ora più, ora meno intensa del midollo osseo, provocando così la comparsa in circolo di elementi bianchi normali in assai

(1) MASETTI e RUBINATO. *Etiologia e patogenesi della leucemia.* Boll. Scienze Mediche, Bologna, 1905.

maggior numero che di norma e spesso ancora di elementi, che, d'ordinario non si trovano nel sangue: cioè di mielociti, di linfo ed eritroblasti, a seconda che si trattava di sangue proveniente da un leucemico o da un linfoemico: espressione di un processo iperplastico del midollo osseo, per cui tali elementi entravano in circolo per la via dei vasi sanguigni, come potemmo rilevare nei numerosi preparati del tessuto midollare degli animali inoculati, trasformato, in alcuni punti, in un ammasso di mielociti o di linfociti, addossati gli uni agli altri, senza apparente traccia di tessuto di sostegno e con la presenza in questi luoghi di vasi sanguigni a pareti esilissime, quasi ridotte al solo endotelio, dove esistevano delle emorragie ed il sangue dilagava tra gli elementi mononucleati grandi rotondi e dove non di raro si osservava l'invasione di questi elementi entro i vasi sanguigni dilacerati.

Osservammo ancora che l'infezione, provocata nell'animale, era tanto più grave quanto, coll'aumento dei leucociti, il numero dei granulociti era più scarso.

In correlazione a quest'ultimo fatto sperimentale potemmo rilevare fino da allora in malati della stessa Clinica, da noi seguiti con numerose ricerche ematologiche, affetti da svariatissime forme d'infezione, specialmente in setticemie, il prevalere in quelli a decorso benigno sia di una elevata percentuale di leucociti granulosi, sia della comparsa in circolo di cellule eosinofili e di mastzellen; mentre colla mancanza di queste ultime ed il prevalere dei linfociti rilevammo invece notevole gravità nel decorso dell'infezione. Dalle numerose osservazioni cliniche, eseguite per circa un ventennio sulle più svariate forme d'infezione in malati di questo ospedale, non possiamo che maggiormente confermarci in questo concetto, che viene pure ribadito dalle stesse osservazioni dello Schultz (2).

Questo autore descrisse un'affezione, prevalente nel sesso femminile, caratterizzata precipuamente da una leucopenia di altissimo grado, con la scomparsa quasi totale dei leucociti neutrofili, eosinofili e mastzellen a decorso acutissimo, con febbre e con ulcerazioni gangrenose o necrotiche sulle tonsille, sul velo pendolo, sui pilastri e sul faringe specialmente, per cui in seguito fu denominato anche *Angina agranulocitica;* tale malattia ebbe un lungo seguito. Le ricerche batteriologiche, condotte allo scopo di poter identificare un germe specifico, hanno messo in luce nulla di costante. Si son trovati, è vero, sulle pseudomembrane e sull'essudato delle ulcerazioni, degli streptococchi, degli stafilococchi e degli pneumococchi e degli altri germi, ma per nulla caratteristici; anche le spirochete e gli spirilli furono spesso ricercati, ma con esito negativo. E mentre i germi più differenti furono trovati nei casi, in cui la cultura diede esito positivo, il reperto ematologico segnò costantemente, od assai spesso almeno, la presenza dell'*agranulocitosi*, a cui si attribuì subito giustamente un grande valore diagnostico.

La fisiopatologia dell'affezione è ancora molto oscura; per alcuni autori le ulcerazioni alla gola non sarebbero che una conseguenza della malattia, il testimonio della minore resistenza dell'organismo alle più banali infezioni; l'assenza dei leucociti granulosi permetterebbe alla flora batterica delle mucose di attentare alla integrità dei tessuti sottoposti. Secondo David la leucopenia sarebbe dovuta ad una specie di chemiotassi negativa, che impedisce alle cellule granulose di uscire dal midollo; per altri sarebbe una malattia primitiva del midollo osseo, una carenza di questo a produrre leucociti granulosi (Turk) per una malformazione congenita; per altri, infine, si tratterebbe di una infezione particolare capace di produrre una tossina siderante sul sistema mieloblastico del midollo osseo.

Ma il quadro nosografico unitario costruito da Schultz è stato scosso dalle osservazioni di questi ultimi anni. Così si è visto che la dizione stessa di angina agranulocitica non è troppo felice, perchè le ulcerazioni, che si accompagnano alla agranulocitosi, non sempre si riscontrano alla gola, ma si possono osservare in altre parti del corpo, inoltre si sono verificati casi, e non pochi, anche nel sesso maschile; e colla agranulocitosi si osservano anche emorragie ed anemia più o meno profonda; neanche l'esito è costantemente fatale, perchè in qualche caso può dar esito a guarigione.

Quadri con leucopenia agranulocitica si possono osservare in differenti malattie: nelle setticemie, nel tifo, nella grippe, negli orecchioni, nel morbo di Banti, ecc. in malati trattati coi raggi X, col radium, col benzolo, col salvarsan. Il quadro nosografico dell'agranulocitosi, dice il Frugoni (3), si è andato sempre più sfumando, trasformandosi ormai in un sintoma, che accompagna svariate malattie; alcuni clinici vorrebbero ancora tenere distinta l'agranulocitosi di Schultz, pur facendo luogo ad una maggior larghezza di sintomi, dalle agranulocitosi sintomatiche. Il fondamento co-

(2) SCHULTZ. Deutsch. Med. Woch., 1922.

(3) FRUGONI. *Lezione clinica.* Policlinico, n. 48, 1931.

mune, — scrive il geniale Clinico di Roma, — è forse una latente meiopragia del sistema granulocitico, meiopragia, che infezioni intercorrenti di varia natura possono mettere in evidenza.

La comparsa dell'agranulocitosi imprime un andamento grave alla malattia e le lesioni prendono un tipo rapidamente necrotico appunto per la mancanza della difesa leucocitaria ed i focolai necrotici divengono, a loro volta, punto di partenza di sostanze mielotossiche, concorrenti ad aggravare minacciosamente il decorso.

A rafforzarci nei concetti sopraesposti e ad indirizzarci sulla valutazione dell'importanza clinica e prognostica della agranulocitosi concorse l'osservazione di molti malati, fra i quali ci piace riferire quella dei seguenti:

OSSERVAZIONE I. — M. Augusta, da Col S. Martino, di 15 anni; ha genitori e sette fratelli viventi e sani ed ha goduto sempre ottima salute, pare non abbia sofferto nemmeno le malattie dell'infanzia. È malata da un mese circa, da quando cioè ha cominciato ad avvertire del male alla gola con tumefazione delle tonsille e con l'ingrossamento alle glandole linfatiche sottomascellari, che suppurarono. Ebbe febbre, nei primi giorni, molto elevata, non preceduta da brivido, ma accompagnata da chiazzette rossastre sulla pelle degli arti inferiori e da una progressiva accentuata anemia, che impressionò assai i familiari per cui la fecero visitare da parecchi medici, ottenendo svariate interpretazioni sull'origine del male; ricorse anche al nostro ambulatorio ed in condizioni così gravi da doverla accogliere d'urgenza.

L'esame eseguito al momento del suo ingresso rilevava oltre un profondo stato di pallore della pelle e delle mucose visibili, ingrossamento delle tonsille e delle glandole sottomascellari, modica tumefazione di tutti i pacchi glandolari del collo, assolutamente indolenti e mobili, dell'ascella e dell'inguine. La milza assai ingrandita, un po' aumentato di volume anche il fegato; segni manifesti di stasi alle basi dei polmoni, con 36 atti respiratori. Cuore nei limiti normali, evidente l'itto della punta; polso assai piccolo e molle di 156 battute. Addome nè tumido, nè dolente; sulla pelle degli arti inferiori e del tronco si osservano delle macchiette rossastre, con alone emorragico nel centro. Temperatura di 38°,2; vomito e diarrea insistenti. Viene praticata la trasfusione di 250 cc. di sangue, preso da individuo giovane dello stesso gruppo. La ragazza sopravvisse tre giorni; la temperatura dopo una breve remissione il primo giorno, rimase quasi sempre al di sopra dei 38°,5, anche la dispnea attenuatasi dopo il suo ingresso, riprese con maggior intensità il secondo giorno, accompagnata da cianosi ed edemi alle estremità e spiccata ipofonesi alle basi dei polmoni ed epistassi.

L'esame delle feci dimostrò la presenza di sangue ed assenza di parassiti, di uova e di qualsiasi altro elemento degno di menzione. Diuresi assai scarsa, con tracce di albumina e spiccata reazione dell'urobilina nell'*urina*, nulla nel suo sedimento, all'infuori di qualche eritrocita. L'*esame del sangue* diede il seguente reperto: gl. r. 1.800.000; gl. b. 38.400; E. 15; R. 1/50; V. G. 0,83; piastrine 120.000 per mc. Ematie assai pallide con spiccata anisocitosi e poichilocitosi, non molto abbondanti quelle che presentano reticolo granulo-filamentoso nel protoplasma. Piastrine scarse, ipertrofiche con centrosoma ben colorato. Polinucleati neutrofili 7,50 %; mononucleati 6 %; linfociti 86 %; forme di passaggio 0,50 %. Assenza di eosinofili, mastzellen, mielociti e G. R. N. La cultura del sangue rimase sterile.

La *diagnosi necroscopica* dettata dal settore dott. Bortolozzi rilevò: Pneumonite totale destra e lobare inferiore sinistra (in fase di epatizzazione rossa); tumefazione dei reni e del fegato; milza ingrossata con capsula liscia e con follicoli ben evidenti. Midollo osseo nella diafisi femorale di color rosso, congesto ed assai molle. Tonsillite necrotico-ulcerosa sinistra, emorragie puntiformi sottopleuriche, sottoepicardiche e sottoendocardiche. Diffusa polimicroadenia. *Esame istologico*: milza con zone di intensa iperplasia del tessuto linfatico, dove è scomparsa la struttura follicolare, i vasi sono abbastanza numerosi con pareti sottili, molti neoformati. Nelle cellule della polpa prevalgono le linfoidi, non si rilevano in nessun punto polinucleati neutrofili. Analogo reperto presentano le linfoglandole, prelevate in diversi punti del cadavere, colla sola differenza che è possibile vedere, oltre a grande numero di linfociti e grossi mononucleati, anche qualche cellula plasmatica e rarissimi neutrofili. Nel midollo osseo delle ossa lunghe si notano abbondantissimi linfociti, scarsi mielociti, rare cellule plasmatiche, non numerosi megacariociti, rarissimi neutrofili. Nel fegato e nei reni si nota infiltrazione linfocitaria sparsa ed a focolaio; nel rene, sotto la capsula, sono ben evidenti grossi nodi linfocitari infiltranti tutti gli elementi renali, nel fegato detti noduli prevalgono negli spazi portobiliari, dove in qualche punto assumono vaste proporzioni.

OSSERVAZIONE II. — B. Giovanna, di anni 65, da Maserada; nata da genitori longevi, ha sette figli viventi e sani, ha sofferto una polmonite trenta anni fa; godette di poi ottima salute fino a 20 giorni fa, quando cominciò ad avvertire dolori alla gola ed alle regioni parotidee, con febbre piuttosto elevata, preceduta da brivido per cui fu costretta a mettersi a letto. Il medico che la visitava qualche giorno dopo, riscontrava una adenite cervicale bilaterale. Comparvero nei giorni successivi diarrea assai insistente ed un dolore alla regione retroauricolare sinistra, dove andò manifestandosi una glandoletta, che si ingrossò assai rapidamente; aumentando la temperatura ed i dolori alla gola, fu dal proprio medico consigliata ad entrare in ospedale.

Esame obbiettivo del giorno seguente al suo ingresso. Di costituzione normale, con masse muscolari flaccide e scarso pannicolo adiposo; pelle e mucose visibili assai pallide, glandole ascellari, cervicali ed inguinali ingrossate; temperatura del corpo 38°,6, accusa un profondo senso di debolezza. Nell'ambito polmonare si ascoltano rantoli umidi sparsi quasi ovunque, con una zona di sonorità nella regione ascellare destra, dove anche il suono polmonare è più alto e smorzato; atti respiratori 24 al minuto. L'aia cardiaca è alquanto ingrandita, vi si ascolta un soffio sistolico dolce,

toni assai deboli; il polso è piccolo, vuoto della frequenza di 88 b. Fegato nei limiti normali, la milza deborda notevolmente dall'arcata costale. Esame del sangue: Gl. r. 3.400.000; Gl. b. 85.000; E. 45; R. 1:230; V. gl. 0,66. Piastrine scarse e disseminate. Scarse ematie con granulazioni basofile, pallide e di diametro disuguale. Polimorfonucleati neutrofili 4,2 %; linfociti 85 %; mononucleati 4,2 %; forme in distruzione 3,4 %; assenza di mastzellen, eosinofili e di mielociti, qualche rarissimo eritroblasta. *Esame delle urine*: quantità 1600; P. S. 1011; tracce di albumina, presenza di urobilina coll'esame spettrale; nel sedimento numerosi leucociti; acido urico gr. 0,50 nelle 24 ore.

Durante i venti giorni di degenza, la temperatura rimase costantemente elevata, raggiungendo un massimo di 39°,6 ed oscillando in media tra 37°,4 e 38°,6 con un periodo di remittenza di tre giorni. Diuresi per lo più scarsa, l'a. accusava quasi costantemente un senso di grave abbattimento, di nausea, di dolore alla gola; il polso si fece sempre più fiacco, malgrado la somministrazione di cardiocinetici, comparve diarrea invincibile e l'inf., dopo un periodo assai lungo di stato comatoso, viene a morte.

All'*autopsia* si riscontra: vaste ulcerazioni sulle tonsille e sul laringe, alcune in via di cicatrizzazione; broncopolmonite da stasi, cuore ingrandito con miocardio assai flaccido di colorito bruno; milza notevolmente ingrandita, con capsula avvizzita e follicoli ben evidenti; pacchi glandolari dell'ascella, del collo e dell'inguine ingrossati ed ingrossate pure le glandole mesenteriche; midollo osseo dello sterno abbondante e di color rosso vivo.

Reperto istologico: midollo osseo, nella sua delicata trama connettivale si osservano mielociti di varia grandezza, in prevalenza quelli di piccole dimensioni, scarsi polinucleati e rarissimi G. R. N., abbondanti invece i linfociti; scarsi sono pure i megacariociti e tutti con nucleo fortemente colorato. Milza con follicoli ridotti di numero, lo stroma ed i seni vasali contengono numerosi elementi linfoidi accanto a rari grossi mononucleati, scarse cellule pigmentifere e rarissime globulifere. Glandole linfatiche ingrossate con notevole infiltrazione parvicellulare, che predomina nella parte midollare, rarissimi leucociti polinucleati.

OSSERVAZIONE III. — C. Angelo, bracciante, di Mogliano Veneto, di anni 20. Proviene dal reparto laringoiatrico, dove era stato inviato per tonsillite e parotite. Ha genitori vivi e sani, di cinque fratelli, tre sono morti in tenera età; la madre non ha avuto aborti. Il paziente all'età di 8 anni andò soggetto, per qualche tempo, a febbri intermittenti, precedute da brivido, di poi si mantenne perfettamente sano. Un paio di mesi fa, dopo un periodo di profonda stanchezza, una sera fu colto da violenti dolori alle articolazioni di tutti gli arti e del collo e da dolori alle ossa, senza febbre, che si mitigarono nei giorni seguenti, per riaccendersi dopo una settimana; questa volta accompagnati da ipertermia e da forte ingrossamento delle glandole parotidee, con dolori alla gola ed emorragie alla mucosa orale per cui fu inviato dal medico a questo ospedale.

Il malato presenta un aspetto assai sofferente, accusa senso di profonda prostrazione, ha febbre elevata a 39°,6; la pelle è assai pallida, tiene costantemente la bocca aperta per poter respirare, ha l'alito fetido, la lingua coperta da una patina nerastra; dalle gengive assai tumide esce un gemizio di sangue; le tonsille sono notevolmente ingrossate e sulla sinistra si osserva un processo ulcerativo già avanzato; al collo si notano delle macchioline emorragiche, mentre sui punti dove furono eseguite delle iniezioni si scorgono larghe chiazze ecchimotiche. Le regioni parotidee e laterali del collo sono tumide e vi si palpano delle glandole fortemente ingrossate e poco mobili, indolenti, così pure alle ascelle, all'inguine e nelle regioni poplitee. Segni di catarro bronchiale diffuso. Cuore nei limiti normali con toni deboli, il polso regolare ritmico, ma debole, di 96 p. La milza è sporgente dall'arcata costale, raggiunge quasi l'ombellicale trasversa, un po' dolente alla palpazione, il diametro trasverso misura cm. 14. Il fegato è pure alquanto ingrandito. L'*esame del sangue* dà: gl. r. 2.800.000; gl. b. 32.000; E. 0,35; spiccata poichilocitosi ed anisocitosi; ematie pallide con scarso reticolo granulo-filamentoso nel protoplasma. Polimorfonucleati neutrofili 2,50 %; linfociti 94 %; mononucleati 3,50 %; forme di passaggio 0,50 %; assenza di mielociti, mastzellen, eosinofili e di G. R. N. Piastrine 130.000 riunite in cumuli. Tempo di coagulazione ritardato; P. del laccio positiva. Nell'*urina* si riscontrano lievi tracce di albumina. *R. di Wassermann* negativa.

Il malato sopravvisse quattro giorni, nei quali andò rapidamente aggravandosi: presentando forti elevazioni di temperatura, emorragie gengivali ed anoressia invincibile.

L'*autopsia* mise in evidenza delle ulcerazioni sulle tonsille in via di cicatrizzazione, cuore flaccido con emorragie sottoepicardiche, milza enormemente ingrandita del peso di 950 gr., fegato ingrossato, glandole sottomascellari e cervicali molto ingrossate. *Reperto istologico*: midollo osseo ricco di elementi cellulari; non è possibile di distinguere nettamente i mielociti dai linfoblasti, perchè questi elementi sono raccolti quasi ovunque in piccoli ammassi assai stipati. Si osserva qualche G. R. N. del tipo normoblastico, scarsi megacariociti di piccole dimensioni. Milza presenta numerosi follicoli irregolarmente disposti con elementi poco stipati: in nessuno di questi si osserva l'elemento germinativo; nelle lacune vascolari si nota abbondante sangue e rari mononucleati grandi con nucleo debolmente colorato, frammezzo a questi si stipano abbondanti linfociti, scarsissimi polinucleati.

OSSERVAZIONE IV. — P. Natale, da Fagaré, di anni 40, contadino. A dieci anni s'ammalò di febbri remittenti giudicate dal medico di origine malarica. Durante il servizio militare ebbe frequenti epistassi. La malattia attuale data da qualche mese: cominciò ad avvertire un senso insolito di stanchezza specialmente al mattino con dolori, ora più, ora meno intensi, ma continui alle articolazioni degli arti inferiori e superiori. Durante il lavoro, per qualsiasi, anche piccolo sforzo, era preso da affanno di respiro, da palpitazione di cuore, per cui era costretto a smettere; contemporaneamente i suoi familiari s'accorsero che andava deperendo di giorno in giorno ed assumendo un colorito pallido. Insorse febbre per cui fu costretto a mettersi a letto ed a chiamare il medico, che constatando un colorito nero piceo delle feci, lo consigliò a ricorrere all'ospedale. La moglie ebbe un aborto, ha quattro figli vivi e sani; è forte fumatore e bevitore.

L'*esame obbiettivo*, praticato al suo ingresso in

ospedale, notava un soggetto di costituzione regolare, di aspetto invecchiato; la tinta della pelle era di un colorito giallo paglierino sporco con mucose pallide ed alito fetido. Non si riscontrano glandole ingrossate nè al collo, nè in altre parti del corpo. Nulla all'apparato respiratorio. L'aia cardiaca è ingrandita, alla punta si ascolta un soffio dolce sistolico, che non si estende all'ascella; toni un po' oscuri, polso debole, della frequenza di 78 p. Addome indolente e ben trattabile, fegato nei limiti normali, milza ingrandita, deborda di un dito dall'arcata costale. Temperatura del corpo (ore 17): 37°,8. L'*esame del sangue* dà: gl. r. 2.400.000; gl. b. 1.800; E. 0,40; V. G. 0,88; ematie poco regolari per forma e per diametro; colla colorazione vitale al brillante di cresile mostrano nel protoplasma raramente granulazioni basofili. Piastrine 200.000 per mmc. spesso deformate. Tempo di coagulazione 15'. Prova del laccio negativa. Polimorfonucleati neutrofili 16 %; linfociti 51 %; mononucleati 29,50 %; forme di passaggio 1 %; forme in distruzione 0,50 %; mastzellen 0,50 %; assenza di eosinofili, mielociti e G. R. N. Nelle feci viene riscontrata discreta quantità di sangue con ematie assai deformate e qualche cellula epiteliale globosa e rigonfia, assenza di cellule atipiche. Nell'*urina* è assai spiccata la reazione dell'urobilina; coll'*esame radiografico dell'apparato digerente* viene messa in evidenza una stenosi del colon discendente, a qualche cm. al di sotto della flessura splenica. Il punto stenosato è quasi indolente alla pressione. La R. di Wassermann è negativa, negativa la R. di Vidal per il tifo e paratifo; l'emocultura non diede mai sviluppo a germi. Durante la sua degenza il malato rimase costantemente febbricitante con elevazioni termiche, che oltrepassarono talora 39°. La milza ed il fegato andarono aumentando leggermente di volume, mentre l'anemia si fece più spiccata; i gl. rossi scesero a 1.750.000 e l'Hb. a 0,20; rimase quasi invariato il numero dei leucociti; le feci emesse presentarono ora più, ora meno spiccato il colorito nerastro per la presenza di sangue. Fu praticata la trasfusione di 300 cmc. di sangue di individuo dello stesso gruppo, senza vantaggio apparente. Non fu possibile l'intervento chirurgico per la profonda anemia e lo stato del cuore ormai sfiancato ed estremamente debole.

L'*autopsia* mise in evidenza un cuore notevolmente ingrandito, con dilatazione di tutte le sue cavità; fegato un po' ingrandito, molto ingrossata la milza, che pesa gr. 750 e mostra ben manifesti i follicoli. A carico del tubo digerente si riscontra una estesa ulcerazione, in parte cicatrizzata, nel tratto superiore del colon discendente, di natura granulomatosa.

OSSERVAZIONE V. — C. Guglielmo, da Istrana, contadino, di anni 45. A 20 anni fu operato di varicocele; contrasse in Albania, durante la guerra, l'infezione malarica, della quale non guarì mai completamente, perchè, a lunghi intervalli, la febbre si ripete, preceduta da brivido, e cessa poi colla somministrazione di chinino. Qualche mese fa, preceduta da dolore al faringe s'accorse che andavano ingrossandosi le glandole del collo e che la febbre, non molto elevata, era continua; dopo qualche settimana si tumefecero anche le glandole dell'inguine e più quelle del lato sinistro e s'avvide contemporaneamente che l'arto corrispondente andava facendosi edematoso. Si mise a letto, trovandosi nella impossibilità di camminare, anche per la forte debolezza e per l'affanno di respiro, che insorgeva al più lieve sforzo; avvertiva forte nausea dopo il pasto e dolorabilità nella regione splenica per cui si decise di farsi ricoverare in questo ospedale. Ha moglie e sette figli vivi e sani.

Al suo ingresso si osserva: un colorito profondamente pallido della pelle e delle mucose visibili, muscolatura piuttosto flaccida, ingrossate le glandole del collo, dell'inguine ed epitrocleari, dolenti e poco mobili quelle inguinali; segni di lieve edema agli arti inferiori, specialmente a sinistra, ed alle basi dei polmoni; il cuore nei limiti fisiologici, con secondo tono accentuato alla base. La milza enormemente ingrandita deborda di 15 cm. dall'arcata costale. L'aia epatica è ingrandita, respiro superficiale, faticoso di 38 atti, polso piccolo e molle di 102 p. Temperatura del corpo 38°,1. L'*esame del sangue* dà: gl. rossi 2.540.000; gl. b. 4000; E. 0,30; V. G. 0,59; R. 1:635; piastrine abbondanti, alcune ipertrofiche. Polimorfonucleati neutrofili 15 %; linfociti 77 %; mononucleati 7 %; forme di passaggio 1 %; assenza di mielociti, eosinofili, mastzellen e G. R. N. Il malato rimase degente 26 giorni con febbre elevata nelle ore pomeridiane e spesso remittente, la dispnea andò diminuendo nei primi giorni e così l'edema agli arti inferiori ed alla base del polmone, ma si accrebbero poi, con debolezza, frequenza ed irregolarità del polso fino al suo decesso. Nell'*urina*, abbondante nei primi giorni si riscontrarono albumina e cilindri ialino-granulosi in discreta copia. All'*autopsia*: edema polmonare con incipiente broncopolmonite da stasi, cuore non ingrandito, con muscolo pallido e flaccido; la milza ha la capsula avvizzita e pesa gr. 630; i follicoli non sono bene evidenti; il midollo osseo dello sterno presenta un colorito rosso ciliegia; glandole linfatiche del collo, dell'ascella e dell'inguine moderatamente ingrossate, in parte rammollite alquanto con polpa abbondante di colorito grigiastro. Si notano nel faringe e sulle tonsille parecchie ulcerette in via di regressione. L'*esame istologico* riscontra la milza colle trabecole assai ispessite e con scarsa polpa, in cui si veggono assai aumentati gli elementi linfoidi e rarissimi gli elementi granulosi. Anche i follicoli sono diradati ed il loro reticolo di sostegno è alquanto ispessito. Nel midollo osseo in mezzo a mielociti di varia grandezza si osservano abbondanti linfociti, scarsi megacariociti e rari elementi granulosi; anche nelle glandole linfatiche i follicoli non appaiono molto numerosi, però gli elementi linfoidi sono assai stipati, scarsi gli elementi mononucleati grandi e rarissimi gli elementi granulosi.

Esposte così sommariamente le osservazioni cliniche dei casi, che per aver potuto studiare anche anatomicamente, meglio si prestano alla nostra discussione, veniamo a considerare le alterazioni più importanti riguardanti il quadro generale dell'infezione, il suo punto di origine e le modificazioni nel sangue e negli organi emopoietici, che toccano più da vicino l'argomento, che ci siamo proposti di studiare.

In tutti questi cinque casi il punto di partenza dell'infezione è stato un processo ulcerativo: quattro volte localizzato nelle tonsille e

nel faringe, una quinta nel colon discendente; nessun germe specifico fu riscontrato costantemente nè nel sangue, nè sull'ulcera per poter pensare ad una etiologia ben stabilita e costante. Riscontrammo invece un andamento della malattia abbastanza tipico, sia per il periodo febbrile, sia per la rapidità dello sviluppo, sia per la spiccata anemia e per i fenomeni tossici generali, che per la costante notevole diminuzione dei leucociti granulosi del sangue, accompagnata spesso da linfocitosi, anzi talora da una vera linfoemia con diminuzione considerevole delle piastrine e tendenza alla diatesi emorragica.

Il fatto che maggiormente domina il quadro clinico ed anatomico dei nostri soggetti è stato oltre che la notevole siderosi del tessuto mieloblastico, una forte reazione iperplastica del linfopoietico ed un'anemia rapidamente progressiva: fatto quest'ultimo assai frequente in tutte le setticemie e già ampiamente notato dal Grawitz, ma che in questi malati assume un grado veramente straordinario ed a cui si aggiunge una granulocitopenia così costante e spiccata, come nei casi descritti da Schultz, accompagnata da totale scomparsa delle cellule eosinofili e delle mastzellen.

A tale proposito ci piace osservare che, se in questa malattia è preminente questa caratteristica manifestazione: l'*agranulocitosi;* tale sintoma, benchè meno spiccato, compare in molte altre malattie infettive, come noi ebbimo altra volta a mettere in evidenza ed a richiamare su ciò l'attenzione degli studiosi, come segno poco favorevole per l'esito della malattia se accompagnato specialmente dalla contemporanea scomparsa delle cellule eosinofili e delle mastzellen; e fin d'allora rilevammo inoltre che la ricomparsa in circolo delle eosinofili e delle mastzellen con aumento di neutrofili dava al decorso della malattia infettiva, settica o suppurativa un significato prognostico più benigno.

Dalle nostre osservazioni cliniche emerge pure che l'*agranulocitosi* di Schultz, e ciò in accordo con molti altri osservatori (4), più che una vera malattia debba esser considerata *una sindrome,* che, pur presentando costantemente la granulocitopenia, come caratteristica fondamentale, si delinea non infrequentemente con manifestazioni assai diverse. Nè possiamo ritenere ch'essa venga prodotta da un germe specifico, anzitutto perchè, quando le ricerche batteriologiche furono favorevoli, sono stati molti e diversi i germi isolati nei singoli casi e poi perchè le manifestazioni sul sangue e sugli stessi organi emopoietici sono troppo variabili: in alcuni casi il tessuto linfoblastico è assai attivo, mentre in altri, accanto ad una aplasia del tessuto granulocitico, vi si associa anche quella del linfo e piastrinoblastico.

Di tale variabilità di modificazioni degli organi emopoietici negli stati infettivi, che si accompagna ad *agranulocitosi* vi sono anche prove sperimentali; noi stessi, riportandoci al nostro precedente lavoro, già citato, in animali, in cui era stata introdotta una cultura pura di diplococco, isolato da un malato di leucemia, ottenemmo una spiccata reazione linfocitica nel sangue con una contemporanea iperplasia notevole del sistema linfoblastico, mentre da qualcuno la stessa reazione fu ottenuta con altri germi.

Noi pensiamo, riferendoci ai casi da noi studiati ed a quelli fin qui pubblicati, che le modificazioni morfologiche del sangue e le contemporanee trasformazioni del midollo osseo sieno dovute più che ad un unico germe a veleni provenienti da differenti batteri, che colpiscono, in modo diverso, i vari sistemi emopoietici, o portandovi una aplasia sistematica su tutti, ovvero producendo accanto alla siderazione del sistema agranulocitico, una parziale stimolazione sul linfoblastico in modo, come osservammo più spiccatamente nella malata M... Augusta, da far scomparire quasi del tutto il tessuto reticolare di sostegno del midollo, che in tal modo appare costituito da un fitto ammasso di linfociti, della stessa grandezza, i quali entrando in circolo, per la via dei vasi sanguigni alterati, portano, come potemmo dimostrare nel lavoro sperimentale già citato, uno stato linfoemico del sangue, mentre la scarsezza o la mancanza degli eritrociti colorati o con granulazioni granulo-filamentose basofile nel protoplasma cioè di ematie giovani circolanti, constatata in tutti i nostri malati, devono indurci a credere ad una contemporanea aplasia del sistema eritropoietico, provocata forse dalla stessa causa, che ha favorito l'iperplasia del tessuto linfoblastico.

Concludendo: i malati, da noi studiati, con un'infezione, il cui punto di origine era stato un processo ulcerativo della gola o del colon, presentavano oltre che una spiccata agranulocitosi ed un'anemia grave e rapidamente progressiva l'assenza di eosinofili e di mastzellen ed ebbero esito fatalmente sfavorevole, ma tale reperto con eguale decorso osservammo pure in altre svariate infezioni, specialmente a carattere setticemico ed il più spesso dovemmo constatare che coll'aumento dei granulociti e delle cellule eosinofili e delle mastzellen in

(4) M. TORRIOLI. *Agranulocitosi tipo Schultz ecc.* Policlinico, Sez. Medica, n. 3, 1933.

circolo, la gravità del processo si mitiga e l'esito dell'infezione diviene più favorevole.

Tali conclusioni, esito di numerose osservazioni cliniche e di ricerche sperimentali, se non additano nulla di nuovo, confermano però vieppiù al medico pratico il significato diagnostico e prognostico della *agranulocitosi*, messa molto opportunamente in evidenza dallo Schultz, spessissimo rilevabile nelle ulcerazioni anginose, ma che si riscontra in molte altre malattie di infezione, come segno importante per una prognosi poco favorevole per l'esito della malattia.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver discusso sull'importanza della presenza dei leucociti granulosi nel sangue circolante e del danno che deriva dalla loro scomparsa nelle infezioni, viene, in base all'esito di osservazioni cliniche e di ricerche sperimentali, a confermare il significato diagnostico e prognostico importante della *Agranulocitosi*, spessissimo rilevabile nelle ulcere anginose, ma che ricorre in varie malattie di infezione, quasi sempre segno importante per una prognosi poco favorevole per l'esito della malattia.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

L'influenza.

(O. MÜLLER. *Münch. med. Wochens.*, 24 novembre 1933).

L'influenza è la più diffusa, la più polimorfa e, se si eccettua la peste polmonare, la più contagiosa delle malattie infettive dei nostri giorni. Dalle pandemie del 1889-90 e 1918, con un quadro morboso quasi uniforme, questo viene sfumandosi nelle successive epidemie fino ai fenomeni catarrali sporadici, per ricomparire poi con rinnovati grandi tratti epidemici. Dalle gravi forme tossiche decorrono in pochi giorni od anche in ore col quadro del collasso vasale mortale, si passa alle polminiti per lo più atipiche con alta mortalità, alle più impensate complicazioni e localizzazioni, fino alle forme che decorrono con i sintomi più lievi delle vie respiratorie superiori.

Il nome di grippe ha avuto origine nella pandemia del 1743, come del resto quello di influenza, che sta ad indicare l'influsso del freddo e dei fatti atmosferici sullo sviluppo della malattia. Il primo, osserva l'A., si usa nelle piccole epidemie, il secondo piuttosto nelle pandemie.

Come per tutte le malattie epidemiche, vi è la coesistenza di due fattori: l'uomo con la sua disposizione costituzionale o momentanea ed uno o più microorganismi patogeni nella loro virulenza del momento.

Gli epidemiologi, come Jürgens, ritengono che la *legge del graduale sfumare delle pandemie* alle epidemie successive e da queste ai fenomeni sporadici derivi dalla varia sensibilità dell'uomo all'infezione influenzale sempre presente. L'influenza non lascia, come il morbillo, un'immunità duratura, ma piuttosto una ipersensibilità negli individui che, nelle pandemie, vengono colpiti in proporzione del 50 per cento. Tale ipersensibilità porta alle successive epidemie e si spegne poi gradatamente; si hanno allora soltanto casi endemici e sporadici, fino a che la serie ricomincia, ciò che si verifica più volte in ogni secolo.

Queste vedute spiegano la variabilità nel tempo in rapporto ad uno dei fattori, l'uomo; ma ammette che l'altro, il virus, che continua a vivere nei fenomeni sporadici, rimanga costante.

Meno chiarito è il fatto dello scoppio di pandemie maligne. I batteriologi, p. es. Prausnitz, ritengono che nei singoli portatori (sani o cronici) rimanga il virus con virulenza attenuata e che esso, trasmettendosi a molti individui sensibili, acquisti sempre maggior virulenza fino a poter attaccare anche individui molto resistenti e determini così le pandemie. Si tratterebbe, quindi, non tanto di un au-

mento periodico spontaneo di virulenza, ma di aumento dell'azione tossica per il passaggio su individui indeboliti (per ipo-nutrizione, mancanza di vitamine liposolubili, stagioni sfavorevoli, ecc.). Al traffico moderno è dovuta la rapida diffusione che si osserva ai giorni nostri.

Entrambe le vedute appaiono, secondo i casi, giuste; l'aumentata virulenza del germe avrà maggiore azione sulle masse, quando è arrivato il tempo della pandemia e le popolazioni hanno raggiunta la predisposizione.

Il virus influenzale.

Per quanto riguarda la *natura del germe*, non vi è dubbio che per molte complicazioni si deve ammettere un virus « complesso », un'associazione di infezioni. Tale è il caso, p. es. anche della tubercolosi, per la quale non vi è nessun dubbio che il germe patogeno sia il bacillo di Koch. Così, si può dire per l'influenza, per cui il principale responsabile è indubbiamente il bacillo di Pfeiffer, il vero *primum movens* della malattia. D'altra parte, è un fatto che vi sono dei casi tipici di influenza in cui esso non si trova; come avviene, del resto, anche per la dissenteria bacillare. La parte che esso prende nel determinismo della influenza è dimostrata, sia da ricerche di infezione nell'uomo e in antropoidi, sia per la formazione di anticorpi. Il bacillo di Pfeiffer si associa poi, nelle complicazioni, a pneumo-, strepto-, stafilococchi, al M. catarrhalis, ecc.

Molti dubbi sono stati elevati a proposito di altri germi, quali il *B. pneumosintes* di Olitsky e Gates ed il virus filtrabile. Molti ricercatori rimangono fedeli alla dottrina del virus filtrabile, specialmente in base alle esperienze dell'Istituto Rockefeller sull'influenza dei maiali, secondo le quali, la influenza è determinata dal concorso di un virus ultravisibile e di un germe non differenziabile dal bacillo di Pfeiffer e può essere combattuta mediante l'immunizzazione attiva con entrambi i fattori. La dottrina dell'infezione associata del virus ultravisibile con il bacillo di Pfeiffer od, in assenza di questo, anche con i cocchi sopra citati possiede ancora un certo valore, che però, osserva l'A., va diminuendo.

Il germe penetra generalmente per mezzo dell'infezione da goccioline nelle vie aeree superiori del paziente e, dopo una breve incubazione (giorni od anche ore) determina delle forme catarrali, purulente, necrotizzanti od anche emorragiche di tracheite, bronchite, bronchiolite e polmonite lobare o globulare. I punti di annidamento sarebbero i piccoli bronchi o bronchioli; nelle parti pneumoniche infiltrate, si trovano pneumococchi dei vari tipi, streptococchi ed in quelle ascessuali, anche stafilococchi. Non è da escludersi la possibilità di un'infezione per le vie digerenti, nelle forme gastrointestinali.

Il sangue si trova generalmente sterile; esso è però il diffusore della tossina che attacca intensivamente e paralizza la parte più periferica dell'apparato vascolare; si ha fuoriuscita di corpuscoli bianchi e rossi negli spazi linfatici e nei tessuti (suppurazioni e processi emorragici, come p. es., tracheite, emorragia e porpora cerebrale). La paralisi vasale estesa provoca inoltre forti stasi e, se dura a lungo, necrosi locali dei tessuti.

Le differenze costituzionali e condizionali dei singoli pazienti e dei batteri spiegano la ragione per cui si abbiano le diverse localizzazioni: nelle vie respiratorie, nelle cavità accessorie, all'orecchio, alla congiuntiva, oppure nel tratto digerente, nel sistema urinario, nelle meningi, nei muscoli, dove può dare degenerazione cerea come nel tifo.

Diagnosi e profilassi.

La diagnosi differenziale esige la massima cautela. L'A. ha osservato due epidemie (durante la guerra) che erano state ritenute influenza e che si dimostrarono invece tifoide e tifo petecchiale; si comprendono i danni di tale errore. Vi sono poi dei casi tossici di influenza che hanno grande rassomiglianza con la tifoide: alta febbre, netto tumore di milza (che generalmente è raro), leucopenia, aneosinofilia; soltanto l'elevata frequenza del polso e la congiuntivite indirizzano verso la diagnosi. Nei casi dubbî si procederà, prima del 10° giorno alla emocultura e, dopo, all'agglutinazione. L'A. consiglia anche di fare un semplice preparato microscopico, con lo striscio del secreto nasale o boccale, colorato con fucsina carbolica a 1/10; la presenza di bacilli a sciame di pesci deporrebbe per quelli dell'influenza.

Della *profilassi* si è molto parlato; si dovrebbero mettere fuori circolazione i malati con tosse e raffreddore. Praticamente, però, questo è assai difficile ed anche medici ed infermieri si portano in giro il loro catarro influenzale fino a che si guariscono o si mettono a letto. Si deve, ad ogni modo, impedire il tossire a bocca aperta. Si provveda al frequente ricambio dei fazzoletti bagnati (eventualmente usare quelli di carta che vengono poi bruciati) ed alla frequente lavatura delle mani infettate dai fazzoletti stessi.

Negli ambienti con bambini, specialmente poppanti, è raccomandabile il portare la maschera a doppio strato di garza o mettersi un velo davanti alla bocca. La tempestiva chiusura delle scuole è conveniente.

L'immunizzazione attiva mediante vaccini misti non è ancora sicura. Duval e Harris hanno ottenuto però buoni effetti: su 5000 individui, ne ammalò 1,7 % di quelli che avevano avuto 3 vaccinazioni; 8 % di quelli che ne avevano avute due; 24 % di quelli che ne avevano avuta una e 41 % dei non vaccinati.

L'A. consiglia (ed usa egli stesso) di prendere durante le epidemie 3 volte al giorno 10 cg. di chinino in compresse.

TERAPIA.

Il mettersi a letto subito dopo l'inizio dei fenomeni catarrali e febbrili viene più spesso consigliato che seguito.

Più facilmente si seguirà il consiglio di fare delle buone sudate alla sera, dopo aver preso parecchie tazze di tè, di sambuco o di vino caldo od un *grog;* si capisce che, dopo qualche ora, si cambierà la camicia dopo essersi bene asciugati con un panno asciutto; sul principio, sono anche raccomandabili gli impacchi umidi del torace.

Il miglior medicamento, come anche il miglior mezzo per la profilassi è il bicloridrato di chinina (10-30 cg. per dose, in media un grammo al giorno). Meglio sopportati sono il fenilchinolincarbonato di chinina ed il bisalicilo-salicilato (di entrambi 25 cg. 4 volte al giorno). Utile sarebbe anche l'eucupina. Ma, se il chinino non viene continuato più di 3-4 giorni, si può fare anche a meno dei nuovi preparati, senza timore di azioni accessorie spiacevoli.

Per prevenire le complicazioni pneumoniche sono oggi molto in uso le iniezioni di solvochin o di transpulmin, che però nelle stagioni fredde provocano spesso ascessi.

Meglio valgono le combinazioni di chinina con la canfora o la caffeina (cardiazol-chinino 1 cmc. al giorno per iniezione endomuscolare, e preparati analoghi). Dei derivati salicilici e di piradimone vi sono molti preparati consigliabili, oltre all'aspirina: così la miscela di atofan ed aspirina e le pastiglie di panflavin (tripaflavin, novalgin e piramidone).

Il siero di cavalli immunizzati con il bacillo di Pfeiffer (20-30 cmc. per via endomuscolare) non ha fatto ancora le sue prove. L'omnadina, e preparati analoghi possono eventualmente essere usati per mobilizzare le forze di difesa.

La *dieta* nei casi con alta febbre deve essere latto-vegetariana ed è consigliabile darla non calda. Non si deve trascurare la buona ventilazione della camera del malato. Come rimedi sintomatici contro i dolori, si raccomandano vari unguenti calmanti ed il veramon. Contro la tosse le pastiglie a base di codeina (dicodid e paradicodid). Nell'intasamento del naso, si raccomandano dei tamponi imbevuti con una soluzione a parti uguali di adrenalina (suprarenin) a 1/1000 e glicerina.

Il trattamento della *debolezza circolatoria* si fa nel modo consueto, nelle forme tossiche e nelle polmoniti, con i preparati di digitale e di canfora (specialmente i nuovi preparati: cardiazol, coramina, e simili); nei casi gravi, strofantina: g. 0,00025 per iniezione endovenosa in soluzione di glucosio.

Nelle polmoniti, non si trascuri il vecchio impiastro senapato, sorvegliando però come lo sopporta la pelle; eventualmente può essere utile l'ossigeno. Contro i dolori pleurici, gli impacchi o molto caldi o molto freddi. Gli essudati si fanno spesso purulenti e debbono quindi essere punti sovente.

Poichè l'apertura di un empiema è pericolosa nello stadio acuto, è raccomandabile secondo Friedemann di iniettare nella pleura 50 cmc. di una soluzine di nitroacridina, non appena l'essudato si fa torbido e vi crescono gli streptococchi; attendere poi 24 ore e svuotare l'essudato il più completamente possibile. Vi sono anche preparati arsenicali che hanno azione analoga.

Ricorrere presto allo specialista nel caso di propagazione ai seni, orecchio medio, che facilmente danno mastoidite, trombosi dei seni, meningite; così anche nelle affezioni profonde della laringe (pericondrite).

Nelle sindromi postinfettive dello striato (che ora però sono rare) si farà uso di scopolamina (3-5 decimi di mg., in pillole 3 volte al giorno) o di atropina (1 mg. 3 volte al giorno, crescendo poi fino a mg. 7, 5, 3 volte al giorno) insieme con gli esercizi adatti ed il massaggio. Non si attendano però grandi miglioramenti da questa cura e neppure dalle irradiazioni röntgen e l'insufflazione di aria nei ventricoli.

Importante è il dare un congruo periodo di convalescenza che deve durare almeno una volta e mezza la durata della malattia (dall'inizio al totale sfebbramento) e ciò allo scopo di evitare una prolungata diminuzione della capacità lavorativa od anche un vero esaurimento. *fil.*

Ricerche sull'etiologia della scarlattina.

(U. REVELLI. *Giorn. di Batt. e Immun.*, settembre 1933).

Dal muco orale di scarlattinosi nei primi giorni di malattia si isola uno stipite di streptococco nettamente preponderante sulla flora microbica totale del materiale in esame. Con grande frequenza si isolano dal sangue di ammalati di scarlattina stipiti streptococcici.

Il muco orale di scarlattinosi può, filtrato attraverso candela, lasciar passare elementi i quali possono dar luogo in vitro alla formazione di stipiti streptococcici. La formazione di questo tipo di streptococchi, che di rado si riesce a riprodurre in vitro, si ottiene con maggior frequenza inoculando in vivo nel coniglio filtrato di muco orale di scarlattinosi. Il filtrato di muco orale di scarlattinosi cagiona nei conigli una malattia la quale si manifesta dopo un periodo di incubazione di 5-8 giorni, e che consiste in un rapido dimagramento dell'animale, perdita dei peli ed eritema cutaneo, desquamazione cui segue il più delle volte la morte. Dal sangue del coniglio inoculato con materiale scarlattinoso pressochè costan-

temente e talora dalle squame si isolano streptococchi.

Gli streptococchi isolati dal secreto faringeo e dal sangue dello scarlattinoso e quelli isolati dal sangue e dalle squame del coniglio trattato con muco scarlattinoso presentano identici caratteri, cioè:

a) coltivabilità in vitro e sviluppo anche a basse temperature (8°-10°);

b) vitalità a lungo in vitro (2-3 e più mesi);

c) alto potere patogeno per il coniglio nel quale a piccole dosi e per via ipodermica cagionano la stessa sintomatologia morbosa cagionata dal filtrato di muco orale di scarlattinoso. Introdotti per via endovenosa si dimostrano altamente patogeni e cagionano la morte del coniglio in breve tempo. In questo caso viene a mancare la sintomatologia morbosa a carico della cute;

d) questo stipite streptococcico può essere filtrabile. Tuttavia i caratteri di filtrabilità in vitro si osservano assai di rado, mentre pressochè costantemente o per lo meno con grande frequenza il filtrato di coltura streptococcica cagiona in vivo la sintomatologia morbosa identica a quella provocata sul coniglio dal filtrato di muco orale di scarlattinosi con lo identico reperto anatomopatologico e batteriologico;

e) il siero di sangue di scarlattinosi agglutina ad un tasso elevato stipiti di streptococco isolati dal muco orale o dal sangue di scarlattinosi oppure stipiti di streptococco isolati da conigli in precedenza inoculati di filtrato di muco orale di scarlattinosi o di coltura di stipiti scarlattinosi. Tuttavia il tasso agglutinante del siero subisce notevoli oscillazioni da malato a malato e per uno stesso malato a seconda del periodo della malattia. Il potere agglutinante si manifesta anche per parte di sieri di conigli trattati con filtrato di muco orale di scarlattinosi o di colture di streptococchi scarlattinosi;

f) il filtrato di muco orale di scarlattinosi inoculato nel coniglio cagiona, nel caso che l'animale sopravviva, al suo siero di sangue la proprietà di provocare il fenomeno dell'estinzione di Schultz-Charlton sull'esantema della scarlattina. Identica capacità può dimostrare il filtrato di coltura streptococcica.

Non è stato osservato il fenomeno dell'agglutinabilità trasmissibile osservato da Cantacuzène e da altri autori, sia adoperando stipiti streptococcici scarlattinosi che stipiti microbici di altra natura.

L'interpretazione dei fatti osservati non può certo condurre a risultati conclusivi. Due fatti sono certi e cioè la filtrabilità del virus scarlattinoso e l'importanza dello streptococco nei riguardi della sintomatologia scarlattiniforme. Si tratta di una simbiosi obbligata oppure di una simbiosi causale? Si tratta di un virus unico?

Il fatto della filtrabilità del virus e della ricostruzione o comparsa pressochè costante dello streptococco in vivo potrebbe far pensare fondata l'ipotesi, dall'A. già altre volte enunciata, che la scarlattina sia dovuta ad un complesso ciclo di vita dello streptococco di cui avrebbe buona parte una fase di vita del medesimo incoltivabile, invisibile, filtrabile e forse obbligata in vivo. Resta il dubbio che lo streptococco così di frequente trovato nel coniglio non abbia niente a che fare con la scarlattina, ma che sia un germe casuale che, come vorrebbero alcuni AA., con estrema facilità penetra nel coniglio ogni qualvolta cause intercorrenti di qualsiasi natura ne minorino la resistenza.

Il dubbio è certo giustificato e non può essere lasciato in disparte; pur tuttavia tutte le particolari proprietà culturali, biologiche e immunitarie descritte a riguardo degli streptococchi scarlattinosi isolati dal malato e dal coniglio trattato inducono l'A. a ritenere ancora fondata la sua ipotesi. C. TOSCANO.

SISTEMA NERVOSO.

La terapia fisica delle malattie nervose.

(E. WELLISCH. *Mediz. Klin.*, 23 giugno 1933).

La terapia fisica ha assunto oramai un'importanza notevole in tutti i campi della medicina, ma specialmente in quello della neurologia. Il fatto si è che proprio il sistema nervoso è quello che più subisce l'influenza dei mezzi fisici, qualunque essi siano, termici, meccanici, radioattivi ma più che altro elettrici.

L'elettroterapia ha infatti le sue migliori indicazioni nelle malattie nervose e ciò è dimostrato anche dal fatto che i primi pionieri della elettromedicina, Duchesne, Remack ed altri, furono dei neurologi.

La terapia fisica delle malattie nervose ha preso specialmente in questi ultimi anni uno sviluppo così vasto, che può sembrare assurdo volerne fare una trattazione completa in un semplice articolo: l'A. si limita alla trattazione di quei mezzi elettrici, termici, fototerapeutici e meccanici che sono alla portata di ogni medico pratico e tralasciando la radio e radium-terapia che richiede speciali istallazioni e speciale esperienza.

La terapia fisica delle *malattie dei nervi periferici*, nevralgie, neuriti e paralisi periferiche, ha importanza enorme nella pratica. È questo uno dei campi in cui la terapia fisica coglie i successi più brillanti: gli *antinevralgici fisici* sono di molto superiori a quelli *chimici* sia per la durata della loro azione, che per la possibilità di agire anche in casi cronici ribelli: hanno poi il vantaggio della atossicità. Nella cura delle nevralgie viene in prima linea il trattamento elettrico e cioè la galvanizzazione: questa non deve essere applicata

soltanto su alcuni determinati punti corrispondenti al nervo, ma su tutto il territorio di distribuzione del nervo stesso. Sono necessari perciò dei grossi elettrodi, e quindi correnti più intense: anche la durata dell'applicazione deve essere piuttosto lunga. L'A. per l'ischialgia usa la galvanizzazione della gamba con due lamine di piombo, per la nevralgia del plesso brachiale la galvanizzazione nel bagno a cella e per la nevralgia del trigemino la galvanizzazione con la maschera del Bergonié. Accanto a questa galvanizzazione locale bisogna porre quella generale nel bagno elettrico. Un altro mezzo di cui si può disporre per la cura fisica delle nevralgie è la *diatermia*, la quale però ha un ruolo subordinato: non è raro infatti, specialmente nelle nevralgie recenti, non notare alcun miglioramento in seguito alla diatermia, anzi piuttosto aversi una intensificazione dei dolori. È specialmente nelle forme croniche che la diatermia rende buoni servigi: nella nevralgia del trigemino Lux ha consigliato la diatermia dell'occhio: secondo questo A. la nevralgia del V° paio avrebbe la sua origine in uno spasmo dei vasi che circondano il ganglio di Gasser; con la diatermia dell'occhio si provoca un'iperemia dei tessuti che circondano il ganglio di Gasser e quindi una vasodilatazione benefica. L'A. ha avuto buoni risultati, in alcuni casi, da questo metodo.

Come terzo metodo elettroterapeutico antinevralgico è da ricordare la stimolazione elettrica cutanea: metodo che dà i suoi migliori risultati nei casi antichi, ostinati. Anticamente si usava a questo scopo il *pennello faradico;* oggi si usa la corrente ad alta frequenza sotto forma di arsonvalizzazione, la quale è particolarmente efficace nei casi di nevralgie cutanee del n. occipitale, del n. grande auricolare e specialmente nella nevralgia del n. femorocutaneo esterno, descritta da Bernhardt e Roth sotto il nome di *meralgia paraesthetica.* Così anche nelle nevralgie da cicatrici e in quelle sindromi dolorose del tessuto sottocutaneo che rientrano nel campo delle pseudonevralgie e che furono da Kowarschik chiamate *dermatalgie.*

Il secondo gruppo degli antinevralgici fisici è rappresentato dai *metodi termici.* Da questi bisogna ben guardarsi nello stadio acuto delle nevralgie onde evitare spiacevoli peggioramenti: basta talvolta l'applicazione di un termoforo o un bagno caldo per provocare l'esacerbazione degli attacchi dolorosi.

La cura termica è invece applicabile in uno stadio più avanzato e vari sono i mezzi a disposizione: le docce calde alla Winternitz, le docce a vapore, l'aria calda, le casse con luce incandescente, le fangature, i bagni a vapore e i bagni medicinali (zolfo, sale) e i cosidetti bagni transcutanei.

Anche il *metodo fototerapico* è di grande importanza nella cura delle nevralgie; in primo luogo sta il trattamento con luce ultravioletta fino ad ottenere un eritema: è un mezzo come un altro di stimolazione cutanea, ma che ha sui metodi elettrici, termici, chimici o meccanici la particolarità di abbassare il tono e l'eccitabilità dei nervi sensitivi cutanei e ciò non solo nel territorio cutaneo irradiato ma anche nel nervo stesso che vi si distribuisce.

Nella sciatica e nella brachialgia l'A. usa praticare eritemi circoscritti lungo l'arto ammalato e nella nevralgia del trigemino pratica l'irradiazione del volto e se vi sono dei punti particolarmente dolorosi si può in questi applicare l'irradiazione di contatto con la cosidetta *lampada fredda* di quarzo, in modo da ottenere un eritema intenso e circoscritto che agisce a guisa di « point de feu ».

Ma nella cura delle nevralgie e neuriti non bisogna tralasciare la « *meccanoterapia* » la quale ha lo scopo di combattere le atrofie muscolari che si instaurano in casi di neuriti a lungo decorso. In alcuni casi i dolori sono talmente intensi che ogni movimento è reso impossibile: entra allora in campo il massaggio manuale e l'elettroginnastica. Altro campo di applicazione della meccanoterapia è lo stiramento dei nervi specialmente nella sciatica. Qualora tutti questi mezzi fisici non dessero alcun risultato evidente resta sempre da attaccarsi ai vecchi metodi *curativi ippocratici*: l'A. ha spesso, in casi resistenti ad ogni cura, applicato *coppette* scarificate o non, e *sanguisughe,* ottenendo spesso risultati insperati.

Nella cura delle *paralisi periferiche* l'A. usa più che altro i mezzi elettro-terapici. Di quale specie essi debbono essere lo dice il risultato dell'esame elettrico.

Due sono principalmente le azioni che le correnti elettriche sviluppano sui muscoli:

1) *l'innalzamento della eccitazione del muscolo,* accompagnato da miglioramento della circolazione del muscolo stesso: quest'azione si ottiene per mezzo della corrente galvanica, mentre l'iperemia si può anche facilitare per mezzo delle applicazioni diatermiche;

2) *la produzione di contrazioni muscolari,* la quale porta alla possibilità di esercitare il muscolo malato: a tale scopo risponde la corrente faradica, la quale è capace di dare contrazioni durature, mentre la galvanica dà soltanto delle scosse al momento della chiusura della corrente. Ma anche un tetano di lunga durata non è giovevole per un muscolo malato ed è perciò opportuno interrompere, ad intervalli precisi la corrente faradica, anche per mezzo di un interruttore automatico di corrente. Ma siccome si è visto che la brusca interruzione della corrente eccita il muscolo in maniera brutale e dà una sensazione penosa, si sono costruiti degli apparecchi in cui la cor-

rente viene alternativamente rinforzata ed indebolita, sì da avere una vera e propria *elettroginnastica*: sono gli apparecchi per la *corrente a onde*.

Questa terapia è naturalmente applicabile soltanto quando l'esame elettrico abbia dimostrato che il muscolo reagisce alla corrente faradica: nella degenerazione completa una tale terapia non raggiunge alcuno scopo. Oggi il campo di applicazione della corrente ad onde si è molto, troppo ampliato: l'innocuità di un tale metodo ha fatto sì che esso fosse applicato anche là dove non doveva esserlo, facilitando il discredito su un tale ottimo mezzo terapeutico.

Delle *malattie della midolla spinale*, la tabe dorsale si lascia influenzare soltanto da cure fisiche, che migliorano le condizioni generali ed anche alcuni dei sintomi locali. Tali sono le pratiche idroterapiche, i bagni carbonici e ossigenati, i bagni elettrici galvanici e faradici: tutti tendenti allo scopo di provocare una modica stimolazione cutanea, tale da non esaurire questi malati.

I tipici dolori dei tabetici, siano essi lancinanti, o a cintura o a crisi possono essere trattati con mezzi generali e locali, e cioè sia con la diatermia del midollo, in modo che le radici sensitive irritate vengono attraversate dalla corrente, metodo questo che ha dato spesso ottimi risultati, sia aggredendo i dolori perifericamente, in modo da agire per via riflessa sul punto di origine dei dolori stessi: si ottiene questo scopo mediante le applicazioni della lampada di quarzo fino ad eritema.

Una cura particolare richiede la *atassia* tabetica, la quale non è in alcun modo influenzata dalle cure generali: per chi ne ha la pazienza e l'opportunità la cura della *rieducazione* pratica mediante esercizi, può dare indubbiamente ottimi risultati.

La *sclerosi multipla* richiede una terapia generale molto simile a quella della tabe: si possono aggiungere, nei pazienti in buone condizioni, le cure idroelettriche e la diatermia generale.

La cura della *poliomielite anteriore acuta* può essere benefica di risultati qualora iniziata precocemente ed a lungo perseguita: serve a tale scopo una prudente galvanizzazione o diatermia delle sezioni paralizzate, l'elettroginnastica, gli esercizi di movimento, i massaggi. Una ginnastica sistematica deve essere continuata per molti mesi.

Nell'*atrofia muscolare progressiva* l'A. usa l'elettrizzazione diffusa con corrente costante: bagno elettrico totale o bagno a cella delle parti maggiormente colpite. È permesso l'uso della elettroginnastica, ma con prudenza, per non esaurire ancor più il muscolo già indebolito. Sono anche indicati i massaggi e gli esercizi medico-meccanici.

Fra le *malattie del cervello* la più importante per la pratica della terapia fisica è l'*emiplegia cerebrale*. Anche qui è di capitale importanza l'intervenire precocemente. Già dopo poche settimane dall'attacco, si dovrebbe cominciare con prudenti massaggi ed esercizi delle estremità paralizzate. Si facilita così la circolazione combattendo la cianosi, la sensazione di freddo e gli edemi. Vi è inoltre da combattere lo stabilirsi delle atrofie. Per uno o due mesi dopo l'attacco il metodo migliore consiste nei bagni generali indifferenti; in questi gli spasmi cessano e si rendono possibili quegli esercizi di movimento che in letto sono più difficilmente attuabili.

I bagni carbonici sono indicati quando vi sia un notevole aumento della pressione arteriosa. Non appena il paziente può reggersi si inizino gli esercizi meccanoterapici. Con questo trattamento misto balneo-meccanoterapico si noterà la regressione delle paralisi nella maggior parte dei casi.

L'elettroterapia ha nella cura dell'emiplegia cerebrale un'importanza minore: l'elettroginnastica è indicata per combattere l'eventuale atrofia da inattività: si può applicare la corrente ad onde limitandosi ai soli muscoli paralizzati, onde non facilitare negli antagonisti non paralizzati l'insorgere di stati spastici.

La terapia fisica delle *nevrosi* riveste un notevole interesse. La psicoterapia ha indubbiamente un'importanza enorme in questo campo: che strette, intime relazioni esistano fra *psiche* e *soma* è verità che non necessita dimostrazione. Non è quindi da meravigliarsi se la terapia fisica ha benefico effetto anche sulle nevrosi, quali ad es. la nevrastenia. L'idroterapia, sotto forma di impacchi umidi, di semicupi, di docce, di spugnature dà ottimi risultati. Nei pazienti più resistenti si possono tentare i bagni carbonici e idroelettrici. Bisogna però non esagerare poichè da pazienti esauriti tali pratiche potrebbero essere mal sopportate. Anche una leggera diatermia generale può essere di grande beneficio.

L'*insonnia* si cura bene con bagni caldi generali la sera prima di coricarsi. Le cefalee di origine nevrastenica con bagni tiepidi ai piedi; come elettroterapia è efficace la doccia elettrica di Franklin e gli effluvi di alta frequenza Se la cagione della cefalea è da ricercare in uno stato di anemia cerebrale, è molto indicata la diatermia del cranio.

Da quanto precede risulta evidente quale e quanta importanza abbia la terapia fisica nella cura delle malattie del sistema nervoso. Accanto alla *neuromedicina*, che ha dato ormai i suoi frutti migliori ed alla *neurochirurgia*, che è la scienza dell'avvenire, la *neurofisiatria*, come con nome nuovo l'A. chiama questa vecchia branca della terapia, va conquistando ogni giorno più il suo posto d'onore.

G. LA CAVA.

Varici aneurismatiche arteriovenose del cervello.

(I. G. LOVE. *Proceeding of Staff Meet. of Mayo Clinic*, 18 ottobre 1933).

I tumori vascolari del cranio costituiscono all'incirca l'uno o il due per cento di tutti i tumori intracranici. Cushing e Bailey hanno diviso i tumori dei vasi cerebrali in due grandi gruppi:

1) *emoangioblastomi*, o veri neoplasmi, generalmente cistici: frequenti nel cervelletto, possono essere associati ad una lesione angiomatosa della retina;

2) *malformazioni vascolari* che comprendono le teleangectasie, gli angiomi venosi e gli angiomi arteriosi o arteriovenosi.

Questo gruppo è il più importante praticamente perchè il più comunemente incontrato dal neurochirurgo.

L'A. riporta due casi di varici aneurismatiche arteriovenose del cervello operate con successo.

Il primo caso riguarda un giovane entrato in clinica per attacchi convulsivi che datavano da vari anni e che non avevano avuto alcun miglioramento malgrado ripetute cure mediche. Non vi era storia famigliare di epilessia. Il p. a sette anni aveva incominciato a soffrire di lievi attacchi di vertigine e a nove anni aveva avuto attacchi epilettiformi che erano andati aumentando di gravità e di frequenza. Attualmente tali attacchi, che erano preceduti da una specie di aura con visione di luce gialla dall'occhio sinistro, involvevano successivamente il braccio sinistro, la faccia e la gamba, e quindi divenivano generalizzate. Il p. asseriva che subito prima degli attacchi avvertiva un caratteristico rumore alla testa che era sincrono con le pulsazioni cardiache.

I radiogrammi del capo avevano dimostrato un tumore calcificato della regione parietale destra.

L'esame obiettivo era completamente negativo per una eventuale malattia intracranica e la diagnosi fu di epilessia per massa calcificata del lobo parietale destro, dovuta probabilmente ad una vecchia emorragia occorsa forse alla nascita.

Il paziente fu operato: praticato un largo lembo osteoplastico, fu esposta l'area temporoparietale destra. Si trovò una varice aneurismatica arteriovenosa che metteva in comunicazione una branca dell'arteria cerebrale media col seno laterale.

Questa comunicazione anormale era di color porpora: e premendo su di essa si vedeva la parte anteriore diventare color rosso arterioso mentre la parte posteriore diventava color bleu venoso.

La comunicazione anormale fu obliterata con l'elettrocoagulazione: la massa calcificata non fu toccata: essa era evidentemente da riferire a calcificazione di una vecchia emorragia.

La convalescenza fu normale ed il paziente non ebbe più alcun disturbo.

Il secondo caso riguarda un giovane di 35 anni, il quale accusava torpore a carico del braccio sinistro e della mano sinistra con attacchi di incoscienza che occorrevano irregolarmente e non con molta frequenza. Tali disturbi erano andati man mano aumentando tanto che il paziente si decise all'operazione.

L'esame neurologico era completamente negativo: gli esami radiologici misero in evidenza alcune aree irregolari di calcificazione nella regione parietale destra del cervello. L'encefalogramma rivelò una lesione ben netta, a tipo espansivo, nell'emisfero cerebrale destro.

All'intervento, praticato un lembo osteoplastico in corrispondenza della regione frontoparietale destra, fu messa in evidenza una varice aneurismatica arteriovenosa. Data la sede di questi vasi in corrispondenza della corteccia motrice, non fu considerata opportuna la loro occlusione, sì che si praticò soltanto una larga decompressione alla base del lembo. La convalescenza fu normale ed il paziente lasciò l'ospedale all'undicesimo giorno in buone condizioni. G. LA CAVA.

ORGANI DIGERENTI.

Il dolore negli ulcerosi.

(C. GARIN e P. BERNAY. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 agosto 1933).

Il dolore degli ulcerosi ha caratteri così netti che il più delle volte basta il solo interrogatorio dell'infermo per fare la diagnosi. Esso è tardivo e periodico.

È tardivo in quanto compare qualche tempo dopo la fine dei pasti, per lo più dopo tre ore, mai meno di mezz'ora o più di cinque ore. L'orario di comparsa del dolore è molto costante nello stesso periodo: in alcuni pazienti il dolore segna l'ora. Spesso si verifica solo dopo i pasti principali ed è più intenso e precoce dopo quello di mezzogiorno. L'orario più frequente è: ore 11, ore 15 e mezzanotte.

D'altra parte, oltre la periodicità in rapporto ai pasti, ha altri caratteri che designano la sua origine gastrica: è calmato dall'ingestione di cibi, di alcalini e dal vomito. È spesso descritto come un crampo, un senso di bruciore o solo di peso nella regione dello stomaco.

Le irradiazioni più frequenti sono al dorso. In un buon terzo di casi il paziente ha l'impressione di un dolore trafiggente che dall'epigastrio penetra fino al dorso. Altre volte le irradiazioni sono a cintura lungo il margine costale o localizzate in alto dietro l'appendice xifoide o il manubrio.

La durata è variabile da una mezz'ora a due ore, e talvolta durare, attenuandosi progressivamente, fino al pasto seguente.

Talvolta è costituito da una serie di piccoli parossismi interrotti da brevi accalmie.

Durante la crisi è possibile provocare o aggravare il dolore anche con la pressione.

I periodi dolorosi si succedono ad intervalli più o meno lunghi.

Più frequente è il caso che si verifichino due volte l'anno, in primavera ed in autunno. In ogni caso i periodi di remissione sono sempre più lunghi di quelli dolorosi, e nel loro corso il paziente può sospendere ogni cura, mangiare ogni cosa senza avvertire sofferenze. Il paziente si ritiene guarito, e ciò aggrava la situazione.

Le modalità del dolore che consentono di localizzare la sede dell'ulcera sono le seguenti:

a) I periodi dell'ulcera duodenale sono generalmente brevi, quindici-venti giorni, due volte all'anno, in primavera ed in autunno.

b) I dolori dell'ulcera pilorica sono quelli più frequentemente accompagnati e calmati dai vomiti.

c) I dolori terebranti a irradiazioni dorsali e che obbligano a tenere una speciale posizione antalgica sono quelli dell'ulcera delle piccole curvature.

Conviene però tener conto che in pratica questi criterî risultano talvolta infedeli.

Quando sopravviene la stenosi i periodi dolorosi si avvicinano; la durata del dolore è più lunga, ed il paziente ha la caratteristica sensazione del cibo che non passa, cerca perciò di provocare il vomito che lo solleva.

Quando sopravviene la perigastrite i dolori diventano continui, lo tormentano sempre, a digiuno o dopo i pasti ed anche di notte. Su questo fondo doloroso continuo si hanno parossismi ritmici in relazione all'ingestione alimentare, il che consente di riconoscere l'origine della perigastrite.

Questi caratteri tipici del dolore degli ulcerosi non sempre sono riconoscibili nelle dichiarazioni dei pazienti. Spesso capita che a questi sfuggono certe sfumature che pure hanno tanta importanza dal punto di vista diagnostico. Senza che il dolore ulceroso come tutti i dolori sono influenzabili alle emozioni, dalle preoccupazioni, dalle distrazioni, dalla suggestione.

Una delle anomalie più frequenti del dolore ulceroso, e che spesso è causa di errori diagnostici, è quella della sede e delle irradiazioni. Alcuni localizzano vagamente il dolore epigastrico, altri lo localizzano all'ipocondrio destro o sinistro. Talvolta esistono solo le irradiazioni dorsali.

Capita anche che il dolore è retrosternale ed è accompagnato da un senso di angoscia e da irradiazioni al braccio sinistro, in modo da simulare l'angina pectoris. Questo tipo di dolore è talvolta dovuto alla complicante aerofagia, ma può aversi anche senza di questa.

Talvolta i malati localizzano le loro sofferenze molto in basso, nella fossa iliaca, nella regione soprapubica, il che si spiega con le diminuzioni anormali dello stomaco. È curioso che questa anomalia della sede è accompagnata anche da altre modificazioni dei caratteri del dolore, che non è descritto come un senso di bruciore e di crampo. Solo l'orario e la periodicità delle sofferenze in relazione ai pasti mette sull'avviso.

Durante il periodo doloroso si ha di regola stipsi, e i malati notano che soffrono solo quando hanno stitichezza.

Talvolta si hanno accessi dolorosi improvvisi di dolore intenso con intolleranza gastrica completa. Queste crisi solari possono durare anche giorni, ed assumere il tipo della crisi tabetica.

Non è raro che i dolori ulcerosi siano più o meno mascherati da dolori di natura funzionale, di cui sono responsabili l'aerofagia o la dislocazione verticale dello stomaco. L'aerofagia è frequente nell'ulcera gastrica ed è facilmente spiegata dalla scialorrea che fa parte della sindrome dell'ulcera della piccola curvatura.

Nelle donne magre si può avere la complicazione della ptosi gastrica, che dà dolori nel momento nel quale l'inferma si alza.

Si può infine verificare una vera mescolanza di sindromi dolorose (crisi di colecistiti alternante a periodi ulcerosi) che non possono essere identificate se non dopo ripetuti esami.

Dr.

Su alcune nozioni pratiche di proctologia.

(C. Rosser. *Journ. of Am. Med. Ass.*, 30 settembre 1933)

La proctologia, un campo per lungo tempo abbandonato dalla scienza ufficiale perchè ritenuto di secondaria importanza, ha in questi ultimi anni attirato l'attenzione degli studiosi, anche per la necessità di dare una base scientifica alla terapia di alcune malattie tanto frequenti e tanto penose.

L'A., che è professore di proctologia in una Scuola Medica Americana (si sa che in America, in fatto di specializzazioni, non si teme l'esagerazione) espone in questo suo articolo alcune questioni di attualità sull'argomento ed alcuni criteri personali derivantigli dalla lunga pratica in materia.

Per quanto riguarda la maggiore o minore predisposizione delle razze alle malattie rettali in genere, sembrerebbe dalle statistiche riportate, che la razza negra sia maggiormente predisposta della bianca alle stenosi rettali benigne, mentre lo sarebbe di meno a quelle di origine neoplastica maligna. La questione non ha ad ogni modo, almeno per noi, grande importanza. Più importante invece è ciò che l'A. chiama la « fase ano-rettale del problema venereo ». L'A. è infatti convinto che solo una quarta parte delle stenosi rettali infiammatorie siano di origine sifilitica, mentre quelle di origine gonorroica si sono mostrate sempre

più frequenti. Rare sono le manifestazioni di sifilide terziaria nel retto e così anche il sifiloma primario perianale. Frequenti invece le ulceri molli, anzi esse devono entrare nella diagnosi differenziale in ogni caso di ulceri anali di una certa ampiezza: le lesioni tipiche sono multiple, raggiate e sottominate, a base molle, con un lieve strato purulento sulla loro superficie: sintoma costante è il dolore aggravato dal minimo toccamento: raramente il reperto del b. di Ducrey è positivo.

La gonorrea anale, che invade il retto soltanto come processo secondario, è rara nell'uomo, frequente nella donna con infezione uretrale e cervicale. Non sempre è vero quanto sostiene Jullien, che essa si accompagni a ragadi, ulcere esterne e condilomi: anzi spesso, per la mancanza di queste lesioni essa può essere misconosciuta dal medico; se ne vedranno poi gli effetti e cioè le stenosi, gli ascessi, i polipi rettali.

L'esame proctoscopico nei casi acuti e subacuti dimostra una mucosa arrossata e rigonfia nel canale anale e nelle ultime porzioni del retto, con chiazze di pus e talvolta anche emorragie puntiformi. Ulcerazioni vere e proprie della mucosa rettale si hanno soltanto nei casi avanzati e non curati, specialmente nei negri. Fra le altre complicazioni della blenorragia rettale che l'A. ha incontrato nella sua pratica sono da notare emorroidi, condilomi acuminati, ascessi sottomucosi, granulazioni polipoidi del retto, ascessi e fistole, queste ultime il più spesso dovute ad infezione delle cripte anali e nel pus delle quali fu spesso ritrovato il gonococco. È appunto per ciò che l'A. richiama l'attenzione sul fatto che sono le cripte anali quelle che vengono primariamente attaccate dall'infezione, mentre le lesioni delle porzioni più basse del retto sono puramente secondarie: ne viene che la comune pratica di introdurre nel retto e nella porzione inferiore del sigma di grandi quantità di soluzioni di nitrato d'argento o di altro disinfettante non può che favorire una più ampia diffusione del processo. La cura secondo l'A. dovrebbe invece consistere in riposo assoluto e dieta blanda fino a quando lo stadio acuto non sia passato: in seguito cura della criptite per mezzo di uno speciale irrigatore, dall'A. costruito, che termina con una specie di uncino il quale penetra nelle cripte anali e ne permette il lavaggio accurato con deboli soluzioni di nitrato d'argento: il tutto praticato sotto il controllo diretto col rettoscopio. Se si sospetta che in una o più cripte si stia per formare un ascessolino che porterebbe quasi sicuramente alla formazione di una fistola, l'A. consiglia l'escissione della parete esterna della cripta onde prevenire questa noiosa complicazione.

In quanto alle stenosi rettali causate dalla quarta malattia venerea o malattia di Nicolas Favre, di cui tanto si è parlato e scritto in questi ultimi anni, l'A. ritiene che questa malattia abbia certamente una notevole parte nella genesi delle stenosi rettali croniche infiammatorie, ma che il completo abbandono delle teorie finora ritenute per vere sia per lo meno prematuro: i dati statistici ottenuti dai vari AA. non presentano l'unanimità che l'entusiasmo di alcuni sostenitori darebbe a credere, nè basta, secondo l'A. la presenza di una reazione di Frei positiva per concludere che la stenosi rettale sia dovuta alla *linphopathia venerea* di Nicolas Favre. G. LA CAVA.

DIVAGAZIONI

Conseguenze neuro-psichiatriche del pugilato.

Jokl e Guttmann (*Münch. Med. Wochens.*, 14 aprile 1933) studiano le manifestazioni neuro-psichiatriche che si possono avere durante la lotta, subito dopo e tardivamente. Esse si osservano dopo i 3 tipi di « knock out » (1), come risultato di un colpo al mento, al seno carotideo ed al cavo epigastrico, ma possono aversi anche per colpi abbastanza energici vibrati in altre parti del corpo, specialmente alla testa.

1) *Durante la lotta.* Il colpo al mento provoca la perdita di conoscenza brusca e transitoria, senza sensazione sgradevole e che permette talvolta la ripresa della lotta. Quando la perdita di coscienza si prolunga, determina un'amnesia totale, spesso retrograda, con oblìo di tutta la lotta.

Più raro è il colpo al seno carotideo, in quanto che la regione è meglio protetta; la perdita di coscienza è dovuta al riflesso di Hering e non provoca altri segni di commozione.

Il colpo all'epigastrio può determinare 2 tipi di manifestazioni: riflesso brusco di atonia muscolare, con caduta ed arresto della respirazione senza perdita di coscienza; oppure dilatazione dei vasi addominali, specialmente delle vene, talvolta con emorragie; la perdita di coscienza è profonda e durevole.

Talvolta il colpo al mento può dare perdita del tono muscolare, con caduta ed impossibilità di muoversi, ma senza perdita di coscienza.

Lo stato che gli sportivi chiamano « groggy » (ubriaco) è dovuto a colpi insufficienti per provocare il *knock out.* Non vi è perdita della motricità, ma il disturbo psichico provoca un certo grado di incoordinazione, con movimenti mal sicuri e lenti. Spesso persiste un'amnesia più o meno completa. Questo stato pericoloso, che lascia il lottatore quasi senza difesa ed

(1) Lascio intatti i vocaboli stranieri, sia perchè ormai entrati nell'uso e costituenti una specie di gergo, sia perchè è da augurarsi che la nostra lingua non si presti a sancire in certo modo la barbara usanza.

esposto ai colpi del competitore, deve essere ben conosciuto dal medico sportivo.

Più rare sono le commozioni vere e proprie. Di facile riconoscimento sono le paralisi vere dei nervi periferici, generalmente transitorie.

Il colpo sulla nuca è proibito dai regolamenti sportivi; esso è eccezionale e grave e lascia dei segni durevoli di commozione.

2) *Dopo la lotta*. Oltre alle amnesie retrograde, si possono avere di quelle anterograde parziali. Alcuni individui, che sembrano, normali, hanno invece un certo grado di disorientamento, con incapacità strane (di ritrovare la propria casa, di annodarsi la cravatta, ecc.).

Si possono osservare delle manifestazioni digestive o delle emorragie traumatiche secondarie.

In pratica, quindi, il vero *knock out* sarebbe meno inoffensivo di quanto pretendano generalmente gli sportivi.

Vi sono poi delle manifestazioni durevoli, abbastanza complesse. I vecchi lottatori hanno una sensibilità sempre più notevole ai colpi. Spesso si osservano in essi dei disturbi psichici che ricordano la demenza. L'esame neurologico mostra spesso dei segni di lesioni a focolaio, modificazioni dei riflessi, disturbi di coordinazione o disturbi della parola. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. Ranelletti. *Il solfocarbonismo professionale*. Un vol. in-8° di 79 pag. II edizione. La Grafica Moderna, Torino, 1933. Prezzo L. 10.

L'intossicazione da solfuro di carbonio era fino a poco tempo fa scarsamente conosciuta, forse anche perchè relativamente limitato ne era l'uso e poche erano ancora le osservazioni sull'uomo.

Attualmente, esso è largamente adoperato; basti citare l'industria del rayon (seta artificiale, per cui l'Italia tiene il primo posto in Europa, con 26 stabilimenti e 100.000 operai), l'industria dei grassi, della gomma e l'agricoltura (distruzione di parassiti dei cereali). Si comprende quindi l'importanza di conoscere bene i caratteri della intossicazione per solfuro di carbonio sia per la profilassi e la terapia, sia perchè essa è contemplata fra le malattie professionali indennizzabili.

Il prof. Ranelletti ha fatto molte osservazioni personali in proposito e numerose esperienze sugli animali e conosce a fondo la questione anche dal lato tecnico avendo dimostrato, fra l'altro, la possibilità d'intossicazione anche in fasi dell'industria del rayon, che prima si ritenevano del tutto innocenti.

La buona monografia che egli qui ci presenta costituisce uno studio completo sull'argomento, con una ricca casistica — italiana e straniera —, un ampio studio clinico ed anatomo-patologico e considerazioni diagnostiche, prognostiche, terapeutiche e profilattiche. Segue una ricca bibliografia.

Tenuto conto della notevole quantità di individui che possono essere colpiti da tale intossicazione, lo studio dell'esauriente monografia del prof. Ranelletti è utile non soltanto per il medico del lavoro, ma anche per il medico pratico, che non potrebbe trovare altrove una così ricca messe di notizie e di osservazioni. *fil.*

C. Kaufmann. *Handbuch der Unfallmedizin, mit Berücksichtigung der Deutschen, Osterreichischen und Schweizerischen offentlichen und der privaten Unfallversicherung*. Fünfte, nach der gegenwärtigen Versicherungs- und Gerichtspraxis umgearbaitete Auflage. Erster Band: Allgemeiner Teil- Unfallverletzungen. Un vol. in-8° di pag. XXVIII-862. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1932. RM. 52; legato: RM. 55.

Da oltre un quarantennio il manuale del Kaufmann fa testo in Germania, Svizzera ed Austria come opera di consultazione in materia infortunistico-assicurativa. Dalla prima edizione comparsa nel 1892, cioè in un'epoca, nella quale appena, si può dire, si gettavano le prime solide basi teorico-pratiche della medicina assicurativa, il manuale è andato sempre più ampliandosi, per armonizzarsi continuamente col grande sviluppo che andavano assumendo la legislazione e la nosologia infortunistiche. L'attuale edizione si presenta a noi in elaborazione molto ampia, così da soddisfare le esigenze della prassi, come per offrire un materiale casistico e teorico prezioso per utili dibattiti dottrinali.

Il primo volume, che ci vien ora offerto nella sua 5ª edizione, comprende una parte generale in cui sono discussi il concetto d'infortunio e quello di malattia professionale non soggetta ad assicurazione, gli interventi curativi in rapporto all'assicurazione infortunio, i fondamenti dell'incapacità lavorativa, la simulazione dell'infortunio, la determinazione delle conseguenze prossime e remote di quest'ultimo e la valutazione periziale. La materia viene trattata continuamente in stretta connessione colle disposizioni legislative svizzere, germaniche ed austriache.

Una parte successiva, amplissima (oltre 550 pagine), passa in rassegna minuta le lesioni d'infortunio, sia generali che in rapporto alle singole principali regioni del corpo, ed è corredata da ricca casistica e commentata sia dal punto di vista clinico puro che da quello medico-legale.

G. Tegoni.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 9 novembre 1933.

L'Accademia Lancisiana, nella seduta del 9 novembre, commemorò i Soci defunti proff. Fornaca Giacinto e Biasiotti Arnaldo. Al termine della commemorazione, fatta rispettivamente dai proff. BONFIGLIO e DE FABI, l'assemblea, su invito del Presidente, rispose « Presente! » all'appello che egli fece dei due Defunti.

Seduta del 14 dicembre 1933.

Ernia addominale laterale spontanea strozzata.

Dott. M. MORALDI. — L'O. presenta un caso di ernia laterale spontanea strozzata del quadrante addominale inf. destro, operata con diagnosi di appendicite acuta. La ritiene causata da un'assenza del M. trasverso o dalla sua trasformazione in una fascia fibro-aponeurotica. Riassume la patologia della lesione, ricordando i casi riferiti nella letteratura.

Alla discussione prese parte l'on. prof. RAFFAELE BASTIANELLI.

Il comportamento della curva da carico nelle ipoglicemie spontanee.

Dott. G. COLAIANNI. — L'O. descrive due casi d'ipoglicemia spontanea. Di uno riporta la curva analizzandone l'interpretazione. Espone i rapporti tra costituzione e sistema nervoso vegetativo nel regolare il normale tasso glicemico e nel produrre tale sindrome.

Alla discussione prese parte il prof. ARCANGELI.

Ulteriore contributo allo studio della velocità circolatoria in clinica.

Dott. A. BONADIES. — L'O. ha studiato la velocità circolatoria in base all'iniezione di cloruro di calcio e ha trovato che detta velocità:

1) è rallentata negli scompensi cardiaci, nelle nefriti croniche, nel m. di Morgagni - Adams Stokes;

2) non è modificata in maniera sensibile nè nella polmonite, nè nella pleurite, nè nelle forme di cianosi da insufficienza respiratoria;

3) è immutata nell'ipertensione arteriosa e tale resta anche a seguito di cure ipotensive;

4) viene accelerata dopo iniezioni di linfoganglina e insulina;

5) viene rallentata dalle iniezioni di adrenalina;

6) non subisce modificazioni nei soggetti sani a seguito di somministrazione di sostanze ipotensive (angioxil-acetilcolina ecc.).

Alla discussione prese parte il prof. LUCHERINI.

Il Segretario: A. D'AVACK.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 28 novembre 1933.

Presidente: A. PENSA.

A. NICOLATO. — *Note biomicroscopiche sul vitreo in occhi afachici trattati colla discissione.*

Considerazioni tratte dall'esame di due casi di distrofia corneale.

A. NICOLATO. — L'O., esamina due casi di distrofia corneale di cui uno (quello riguardante la cheratite urica di Uthoff) assai raro, rilevando la concomitante presenza di lesioni nell'ambito di ghiandole a secrezione interna.

L'O. crede di affermare come sia necessario nelle distrofie corneali pensare ad un fattore generale (disfunzione di ghiandole o di gruppi di ghiandole) che può essere aggravato da processi infiammatori concomitanti, accompagnato da turbe nella sfera del sistema neuro-vegetativo, e da un fattore locale che molte volte può anche mancare (distrofie primarie).

Crede l'O. che sia necessario rivedere i nostri concetti su questo gruppo di forme patologiche corneali che abbraccia con ogni verosimiglianza forme le più svariate e talvolta descritte come insieme clinico definitivamente definito.

Contributo istologico ed ematologico allo studio della micosi fungoide.

G. B. COTTINI. — L'O. descrive un caso di micosi fungoide di particolare interesse oltrechè clinico ed istologico anche ematologico per la presenza nel sangue, insieme a monociti assai somiglianti a quelli endotelioidi e ad elementi linfoidi talvolta atipici, di caratteristiche cellule reticolo-endoteliali. Valuta i dati essenziali e ritiene che la forma morbosa sia espressione di una iperplasia reattiva reticolo-istiocitaria a carattere prevalentemente neoproduttivo, associata a fenomeni reattivi infiammatori. Rimane oscura la causa che l'ha provocata.

Raffronto fra « Urea Clearance » e valori del filtrato glomerulare (metodo Rehberg) nelle nefropatie.

M. GAVAZZENI. — L'O., dall'applicazione della cosidetta « Urea Clearance » e del metodo della creatinina secondo Rehberg allo studio della funzionalità renale in casi di nefropatie acute e croniche, è giunto alla conclusione dell'esistenza di una notevole concordanza di risultati e di reperti, che i due metodi offrono.

L'influenza della somministrazione di insulina sull'eliminazione del bilinogeno.

L. COTTI. — L'O. riferisce di aver praticato prolungata somministrazione di insulina (40 U al giorno) in alcuni soggetti (5 normali, un cardiopatico e un ittero emolitico) prendendo in considerazione il comportamento del bilinogeno di eliminazione, della crasi ematica ed in qualche caso anche della massa di sangue e della bilirubinemia.

Ha osservato una notevole riduzione nell'eliminazione del bilinogeno, persistita talora a lungo dopo la sospensione dell'ormone; un miglioramento discreto della crasi ematica; scarse variazioni del numero dei reticulociti e della bilirubinemia; diminuzione della massa di sangue.

Viene prospettata la possibilità che la diminuzione della bilina sia dovuta a modificazioni parallele nel ritmo del ricambio emoglobinico e l'eventuale utilità terapeutica che ne potrebbe derivare.

Caratteristica affezione oculare acuta endemica provocata da insetti.

A. CASTELLI. — L'O. comunica di aver trovato, nel coleottero Paederus fuscipes, l'agente, o almeno un agente, di una particolare affezione oculare acuta che infesta le regioni umide, nella stagione calda. La malattia era nota finora solo attraverso a quattro note, di cui le prime due pubblicate dal Farina nella stessa Clinica di Pavia, ma ne era ancora ignoto l'agente. L'O. ha riprodotto sperimentalmente la malattia col Paederus fuscipes vivo e con l'istillazione di un estratto sterilizzato dell'insetto stesso; ne ha così dimostrato la natura non infettiva.

Il Segretario: BIANCHI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Grave intossicazione da estratto di tabacco determinatasi per via percutanea.

Dott. ARNALDO DIONIGI, Cesena.

Credo utile portare a conoscenza dei colleghi un caso di notevole importanza pratica occorso ad un mio cliente: Una grave intossicazione da estratto di tabacco determinatasi per via percutanea.

M. Adolfo, di a. 23, da Cesena.

Genitori viventi e sani. Due fratelli godono buona salute. Nessuna malattia precedente degna di nota ad eccezione di un intervento subìto all'età di anni 20 per ernia inguinale.

Individuo in buone condizioni generali di nutrizione; sviluppo scheletrico normale. Masse muscolari ben sviluppate.

Ad un esame dei vari organi nulla si nota di anormale.

La notte del 5 ottobre 1933 venni chiamato d'urgenza per recarmi a pochi chilometri da Cesena, nell'abitazione di un giovane contadino che, a detta di un fratello, versava in gravi condizioni. Giunto sul luogo esaminai il paziente e mi accorsi ben presto che mi trovavo avanti ad un quadro piuttosto allarmante.

Il paziente presentava vomito, pupille poco reagenti alla luce, sopore, brachicardia, dolori all'addome, scariche diarroiche, volto pallido, sudore freddo, voce bassa, anuria.

Pratico immediatamente iniezioni di canfora ed il paziente comincia a fare qualche movimento col capo e a pronunciare qualche parola. Trascorso un po' di tempo, vedendo migliorare le condizioni generali, inizio l'interrogatorio per rendermi ragione dello stato grave. Non mi fu possibile però sapere alcunchè di importante.

Ad un accurato esame dell'apparecchio respiratorio nulla di patologico riscontro, così pure a carico dell'addome che appare assai trattabile: non punti dolenti, non masse abnormi, non difese muscolari.

Sospetto un caso di avvelenamento e chiedo al P. se avesse ingerito qualche cibo guasto (pesce, carne, ecc.). Il P. afferma di aver mangiato per alcuni giorni cose leggere (caffè-latte, minestra) perchè avvertiva inappetenza. Chiedo allora se avesse mai contratto malattie veneree anche lievi. Il P. confessa finalmente di essere affetto da tempo da Pediculosi del pube che gli produceva un prurito insopportabile, tanto che era ricorso ad uno specifico (!): l'estratto di tabacco puro. Egli infatti colle proprie mani aveva strofinato lungamente tale composto nella regione pubica, nelle gambe e sotto le ascelle, credendo di liberarsi ben presto dal disturbo.

Nella letteratura si riscontrano rari casi di avvelenamento da nicotina per via gastrica in seguito ad ingestione di tabacco; altri casi pure di avvelenamento da tabacco furono determinati dagli enteroclismi usati a scopo vermifugo, anche a piccole dosi. Rari casi si sono avuti per l'applicazione esterna di foglie fresche o secche di tabacco, o per decozione. Rarissimi gli avvelenamenti criminosi nonostante non sia difficile procurare la morte in poco tempo. (R. Wurtz: *Trattato di Medicina e Terapia*).

Fatti pure citati e degni di nota sono quelli che si presentano nelle manifatture di tabacco ove gli operai vanno soggetti a fenomeni di intossicazione per la fermentazione che, pur privata fortemente di nicotina, non viene distrutta nella atmosfera. Basti a proposito ricordare come molti operai affetti da bronchite subacuta tendono a peggiorare fino a degenerare in forme specifiche dell'apparecchio respiratorio. Le donne specialmente sono spesso colte da disturbi gravi (vomito, vertigini, ecc.) specie nel periodo gravidico.

Ora però, mediante le leggi sulla protezione della maternità ed infanzia, tali inconvenienti si verificano ben raramente.

Non mi è stato possibile rintracciare nella letteratura casi come quello da me descritto.

L'avvelenamento da tabacco si distingue in acuto e cronico. L'acuto è dovuto quasi sempre ad ingestione di forti dosi di tabacco. Esso determina immediatamente bruciore allo stomaco, alle fauci, diarrea, polso piccolo, deliqui, convulsioni e paralisi. In molti casi avviene la morte. L'avvelenamento cronico invece si manifesta in coloro che fumano moltissimo o che hanno la pessima abitudine di fiutare o masticare il tabacco. L'uso prolungato di questo veleno può produrre pirosi, vertigini, perdita della memoria, placche alla gola, cancro dei fumatori, l'angina di petto, ecc.

I tabacchi contengono in media dal 2 % al 4 % di nicotina; si deduce perciò che la nicotina è un alcaloide ed un potentissimo veleno. Esperimenti fatti su animali (cane, gatto, conigli, cavie, ecc.) hanno dimostrato che sono sufficienti poche gocce di nicotina sulla lingua per produrre la morte immediata in seguito a convulsioni.

Nel caso da me descritto il paziente aveva adoperato dell'estratto di tabacco.

*
* *

L'estratto di tabacco è un composto di sughi concentrati della liscivazione con aggiunta dei cascami del tabacco stesso. Tale prodotto è usatissimo in agricoltura.

Naturalmente deve essere ben titolato in nicotina. Per lo più l'estratto di tabacco viene diluito con acqua oppure con sapone molle. Vi sono anzi alcune formule:

1) estratto di tabacco (al 10 % di nicotina) 0.5=1 %, resto acqua;

2) estratto di tabacco (al 10 % di nicotina) 0,4 = 1 %, sapone molle 1 = 2 %, resto acqua.

L'estratto di tabacco diluito si usa come insetticida ed il suo uso risale fin dal XIX secolo (Dott. A. Carughi, ing. P. Paoloni: *I mezzi chimici nella lotta contro le malattie delle piante*). Si usa comunemente contro afidi, larve di cocciniglie e larve giovani di lepidotteri.

Il Monopolio Italiano fabbrica e vende estratto di tabacco in barattoli da kg. 1. Tale confezione è molto diffusa e commerciabile, ed usata liberamente da chiunque per gli usi agricoli.

Ma evidentemente anche da chiunque può essere usata a scopi diversi, e nel mio caso l'uso diverso condusse ad una intossicazione grave sulla quale ho creduto opportuno richiamare l'attenzione dei colleghi.

*
* *

Quale cura ritengo solo utile ed applicabile la sintomatica: nell'infermo di cui sopra immediatamente feci fare un enteroclisma oleoso, iniezioni cardiocinetiche, ipodermoclisi di cmc. 250, unzioni calde di olio di oliva, per il corpo, e depilazione, onde togliere i residui del tossico.

Dopo poche ore si notava un leggero miglioramento.

Intervenne poi ittero, qualche deliquio, ed in seconda giornata con assidue cure l'infermo era fuori pericolo e riprendeva dopo circa una settimane le sue normali occupazioni.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce una rara forma di intossicazione per via percutanea in un paziente il quale aveva adoperato dell'estratto di tabacco per liberarsi dalla pediculosi del pube.

Ne conseguì una gravissima sindrome tossica che potè essere felicemente vinta con le cure opportune.

LETTERATURA.

A. BELLARDI. *Malattie delle piante.*
G. GAGLIO. *Farmacologia.*
MEDICAMENTA.
FERRATA. *Diagnostica medica differenziale.*
RUBINO. *Semeiotica.*

CASISTICA.

Le crisi dolorose epato-biliari senza calcoli.

Sono note le recidive dolorose nell'ipocondrio destro dopo la colecistectomia; vi sono anche individui che, portati al tavolo operatorio per delle crisi epatiche, si trovano enza calcoli di sorta. Si deve pertanto ammettere la possibilità, anzi la frequenza, di crisi dolorose parossistiche nell'ipocondrio destro pur senza la presenza di calcoli. Tali crisi sono state interpetrate come espressione di un ictus colloidoclasico, che si sviluppa su un terreno artritico, vagotonico; la spina localizzatrice è data da una colecistite, un'epatite; le sostanze scatenanti possono essere diverse: siero, vaccino, mestruazioni, certi alimenti (uova, latte, visceri), nonchè altre cause come l'emozione, il colpo di calore, le radiazioni solari.

A. Bernard (*Gazette des hôpitaux*, 18 ottobre 1933) ne indica i segni clinici. Ad un grado debole, si avranno i segni umorali occulti della crisi colloidoclasica: ipotensione, leucopenia, inversione della formula leucocitaria. Più intense sono le sensazioni di malessere, di tensione dell'ipocondrio destro o del cavo epigastrico dopo un pasto copioso o degli errori di regime.

Ad uno stadio più accentuato, si ha la colica epatica tipica, con dolore localizzato all'ipocondrio destro, all'epigastrio, ai lombi e con vomito; in qualche caso, il dolore è angoscioso, del tipo dell'angina pectoris, tale da dare l'impressione di morte imminente.

Per quanto riguarda la *terapia*, nei casi in cui la litiasi biliare non è dimostrata dalla radiografia e dall'intubazione duodenale, si dovrà ricorrere ai metodi di desensibilizzazione: peptone somministrato un'ora prima del pasto, iniezioni d'iposolfito di sodio, soppressione dei cibi che causano l'ictus (uova, cioccolato, latte, ecc.). Tale terapia è utile particolarmente nelle crisi epatiche che si manifestano dopo la colecistectomia.

Non si tralascierà il trattamento antinfettivo (se vi è febbre); si ricorrerà ai colagoghi, ai cardiotonici od all'endocrinoterapia se si osserva deficienza di una o più ghiandole.

Al momento della crisi, l'A. trova molto utile la morfina, che altri sconsigliano per il timore di un'azione deprimente; si faranno inoltre delle applicazioni calde all'epigastrio. L'indomani, si sorveglieranno la diuresi, la costipazione e lo stato del cure. *fil.*

La sindrome di ipercinesia vescicolare nelle stenosi iustavateriane incomplete del coledoco.

Secondo Berard e Mallet-Guy (*Journ. d. chir.*, t. 42, n. 3, agosto 1933), questa sindrome — che clinicamente simula la colelitiasi — è caratterizzata dai seguenti rilievi:

1) L'intervento mostra una colecisti non dilatata;

2) La colecistostomia fa cessare i dolori e i disturbi funzionali;

3) Iniettando del lipiodol per la stomia, anche in piccola quantità, si provoca notevole dolore e si osservano contrazioni energiche della cistifellea che spingono il liquido opaco nelle vie biliari intraepatiche.

Senza dubbio esiste un ostacolo all'escrezione biliare che può localizzarsi con precisione allo schermo radiologico e che corrisponde alla regione vateriana. La causa di questo non è precisabile; tre ipotesi possono spiegarla:

Lesione infiammatoria capace di produrre uno spasmo dello sfintere di Oddi.

Lesione cicatriziale stenosante.

Spasmo dello sfintere dovuto a squilibrio vago-simpatico.

Gli AA. pensano che la stenosi sia di natura infiammatoria con la coesistenza di un fattore spastico: lo spasmo intermittente dello sfintere di Oddi realizzerebbe la tipica sindrome di colica vescicolare.

Il trattamento più logico — allo stato attuale delle nostre conoscenze sulla natura della lesione — è la colecistostomia seguita da colecistogastrostomia secondaria. Questo trattamento applicato in 5 casi ha dato risultati soddisfacenti.

G. PACETTO.

Sopra un caso di epatite da genesi probabilmente tubercolare.

G. Gherardini (*Arch. di Patologia e Clinica Medica*, fasc. V, aprile 1933) discute un caso di epatite cirrotica con versamento ascitico, in cui la più minuta indagine clinica e anamnestica ed i risultati di una cura antiluetica applicata non poterono porre in evidenza altro fattore etiopatogenetico all'infuori di una infezione tubercolare di cui esistevano sicuri segni anatomici. Richiamando l'opinione di molti AA., i quali ammettono la possibilità che processi tubercolari epatici e non epatici possano provocare lesioni che dal punto di vista istopatologico non mostrano in sè nessun particolare carattere di specificità e che non si distinguono in nulla da un comune processo infiammatorio, ammette la possibilità che le lesioni estremamente gravi riscontrate nel caso osservato riconoscano appunto, ad onta del loro aspetto comune, etiologia specifica. L'epatite ad un tempo parenchimale e mesenchimale era associata a cospicua degenerazione grassa, ad iperplasia del reticolo e a fenomeni cospicui di iperplasia nodulare paraportale. L'associazione di questi molteplici elementi comportava una profonda alterazione nella normale architettura del lobulo, che si manifestava con uno sconvolgimento nella direzione delle travate cellulari, distacco ed isolamento delle singole cellule, scomparsa spesso completa di ogni traccia di capillari intralobulari. Ciò si osservava assai nettamente anche in quei campi in cui l'iperplasia del connettivo e la sclerosi erano appena accennate, o mancavano completamente.

Pertanto l'A. ritiene che, indipendentemente dalla connettivazione, lo sconvolgimento strutturale del lobulo sia di per sè condizione sufficiente a provocare, per le conseguenze che esso comporta sul circolo capillare intralobulare, stasi grave a carico del circolo portale.

Con tale ipotesi si comprende il meccanismo genetico di certi versamenti che si osservano nel corso di molte forme di epatite acuta, e le improvvise trasudazioni che coincidono con le *poussées* acute delle cirrosi atrofiche croniche. Poichè tale sconvolgimento strutturale del lobulo è considerato come caratteristico dei processi cirrotici o cirrogeni atrofici, si comprende come il versamento trasudatizio ascitico che ne è la conseguenza assuma sotto questo punto di vista la importanza di segno diagnostico fondamentale, ed esprima dal punto di vista clinico la sede intralobulare del processo.

C. TOSCANO.

TERAPIA.

Sul trattamento dell'eczema infantile.

F. Gierthmuehlen (*Münch. m. Woch.*, 8 settembre 1933) considera l'eczema come una manifestazione allergica (seguendo Moro, Urbach). Esso s'insedia spesso su delle lesioni cutanee pregresse, come p. es. sulla dermatite intertriginosa , che insieme colla « crosta lattea » appartiene alla classe della « dermatitis seborrhoides ». Mentre però l'allergene eczematigeno nell'adulto ha il punto d'attacco epidermale, nel bambino esso penetra per la via digestiva; si tratta di un fenomeno di « trofallergia ».

Partendo da tale principio la direttiva terapeutica si impone da sè. Occorre eliminare gli allergeni dalla nutrizione; non sempre però il compito riesce facile. Nel lattante si cercherà di evitare la ipernutrizione e si elimineranno dei cibi a possibilità allergeniche dall'alimentazione della madre: p.es. le uova, l'olio di fegato, ecc. L'aggiunta precoce di verdure e succhi di frutta può riuscire utile. Nei bambini allattati artificialmente la sostituzione del latte con « babeurre » e con latte acido scremato contribuirà ad eliminare la « causa peccans ». Dall'alimentazione saranno eliminati tutti gli allergeni possibili, quali uova, alcune specie di farine, ecc. Talvolta il successo viene raggiunto sostituendo al latte di vacca quello di capra — sebbene questo generalmente è poco raccomandabile. Nei bambini denutriti l'alimentazione sarà ricca di carboidrati — utile è p. es. la zuppa di malto. Nei grandicelli (nei quali si manifesta sopratutto come un eczema del gomito e del ginocchio) l'A. ha avuto dei vantaggi colla dieta vegetariana esclusiva.

Quale terapia locale il catrame rimane sempre il medicamento principe. L'A. lo racco-

manda sotto forma di polvere solfodermica al catrame; essa va applicata dopo che le croste sono state rammollite da sostanze grasse (olio, od olio di fegato). Mentre il zolfo combatte la seborrea che spesso sta alla base del disturbo, il catrame agisce anche come antipruriginoso; tale effetto è preziosissimo e permette di fare a meno anche della maschera protettiva, essendo la polvere perfettamente aderente. La polvere catramo-solfodermica sarebbe anche utile negli eczemi impetigginizzati, nell'eczema dei bambini grandicelli e nello strofulo, il quale appartiene pure alle manifestazioni allergiche. S. MINZ.

Il trattamento dell' acne.

L'acne si manifesta specialmente nelle cuti seborroiche. A. Chapman (*Med. Journ. of Australia*, 8 luglio 1933) consiglia, anzitutto il trattamento generale: disturbi digerenti, costipazione, anemia, anormalità pelviche od infezioni focali. Si porrà mente alla dieta, evitando i dolciumi, formaggi, condimenti, carne di maiale. Come medicinali, si darà il ferro (mistura di ferro e di citrato d'ammonio); se vi è concomitante acne rosacea, l'acido cloridrico diluito (cmc. 1,5 a 1,8, tre volte al giorno), pillole di mentolo (60 cg.) o di ittiolo (30 cg.) in capsule.

L'A. ha trovato molto utili i raggi X; quelli ultravioletti possono esserlo nei pazienti pallidi, anemici e nei casi di acne diffusa superficiale della schiena, come preliminare ad altri trattamenti.

Poca fiducia ha l'A. nei vaccini. Alcuni casi rispondono bene al butirrato di manganese per via sottocutanea (l'A. non ne precisa le dosi) od alle iniezioni di Aolan. Ha ottenuto buoni risultati con gli antivirus unitamente ai raggi ultravioletti in casi di acne della schiena, ma non sa dire a quale rimedio si dovesse attribuire l'effetto.

Le applicazioni locali hanno per scopo di asportare i comedoni e, quindi, di ridurre le condizioni di seborrea, di distruggere i germi, di diminuire l'ipercheratosi.

Il viso va lavato con acqua calda e soluzione alcoolica di sapone, oppure con etere solforico ed alcool, ana, facendo anche un cauto massaggio; i comedoni vanno spremuti con adatto strumento.

Si faranno lozioni con:
Solfato di zinco
Solfuro di potassio, ana 60-80 cg.
Acqua di rose cmc. 30
oppure con resorcina al 2-5 % in alcool.

In alcuni pazienti, si hanno buoni effetti col mercurio in lozioni od unguento. Una pasta con solfo e resorcina (3-4 %, ana) può essere utile contro la cheratosi; l'uno o l'altro medicamento possono essere aggiunti al liquore di acetato d'alluminio; questo può essere assai utile quando la cute diventa ruvida e desquamata. *fil.*

TECNICA DI LABORATORIO.

Valore della reazione di Sachs Witebsky (Citochol) nella diagnosi di sifilide.

F. Sebastiani (*Diagn. e Tecn. di Labor.*, 25 agosto 1933), dopo aver riportato le conclusioni dei numerosi AA. i quali hanno studiato il comportamento della Citochol-reazione in rapporto alla W. R. e alle varie reazioni flocculanti in uso per la diagnosi della sifilide, conclusioni che se non raggiungono il perfetto accordo sulla sensibilità della Citochol-reazione, son però concordi nel riconoscerne la specificità e la facilità di esecuzione, rende conto dei risultati delle ricerche personali eseguite su 200 sieri, sui quali fu eseguita la Citochol, la R. W. e la M. K. R.

La tecnica seguita fu la seguente:

A 0,20 di siero inattivato a 55° per mezz'ora si aggiunge 0,10 di estratto di Citochol, (diluizione 1/3) con soluzione fisiologica 0,85 % previa maturazione per 10' a temperatura ambiente, aggiunta dopo 20' di soluzione cloro-sodica (1 cc.); agitare la provetta e leggere subito e dopo qualche ora.

Reazione negativa: liquido limpido e trasparente.

Reazione positiva: liquido non trasparente, granuloso.

L'A. conferma la grande concordanza delle reazioni flocculanti rispetto alla deviazione del complemento, e la tecnica semplice, rapida, sicura. La Sachs-Witebsky è più sensibile della R. W. La sua specificità è in molti casi superiore alla deviazione del complemento ed in una minima percentuale anche alla M. K. R. La rapidità e la chiarezza della lettura, che è sempre bene però ripetere a distanza di poche ore, la rendono un prezioso sussidio diagnostico.

M. Sabatucci (*Ann. d'Igiene*, novembre 1933) ha descritto una tecnica per allestire l'antigene usato nella reazione Citochol di Saches e Witebsky.

Nella tecnica della reazione ha trovato vantaggiosa una modificazione proposta da Fitipaldi e che consiste nell'usare, al posto della soluzione cloruro-sodica normale, una soluzione salina a 0.9 % aggiunta di fenolo a 0.75 % e di carbonato sodico a 0.01 %.

C. TOSCANO.

SEMEIOTICA.

Lo sguardo "fiero,, del poppante.

B. Epstein (*Mediz. Klinik*, 21 luglio 1933) ha osservato in un gruppo di poppanti neuropatici un sintoma palpebrale che corrisponde ai noti segni di Dalrymple e di von Gräfe, per cui il bambino ha espressione del volto fra lo spaventato ed il truce, che l'A. indica come sguardo fiero (Wilden Blick). Raramente tale espressione è permanente e subisce delle oscillazioni nella sua intensità.

Il sintoma è chiaro soprattutto quando il bambino ha delle alterazioni nervose o dei disturbi generali; non raramente lo si osserva nelle tossicosi alimentari. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Nuove ricerche sui parassiti malarici.

Pareva che il ciclo di sviluppo dei parassiti malarici fosse definitivamente accertato e chiarito in tutti i particolari; invece A. Missiroli (*Riv. di Malariologia*, 1933, n. 5) vi ha scoperto una fase nuova.

Si credeva che gli sporozoiti inoculati dalle zanzare raggiungessero direttamente i globuli rossi: la descrizione era stata data da Schaudinn, corredandola di figure dimostrative, e fu generalmente accettata. Tutti i trattati la ripetono. Missiroli si è proposto di eseguire degli accertamenti. Si è valso del *Plasmodium relictum* dei passeri; gli sporozoiti venivano inoculati sotto la pelle o nei muscoli pettorali di questi uccelli, sia per mezzo di zanzare (Culex) infette, sia allestendo una sospensione di sporozoiti, che veniva iniettata con una Pravaz.

L'A. ha accertato che i cosidetti sporozoiti subiscono notevoli modificazioni: il loro nucleo prima si gonfia; entro cinque minuti si divide in 4-5 corpiccioli sferoidali, che si dispongono incirca ad uguale distanza, lungo la cellula fusiforme; entro cinque altri minuti, il citoplasma si divide a sua volta: si staccano così altrettante cellule figlie, che dopo circa 30' si trovano addossate ai globuli rossi. Sono essi i veri sporozoiti; invece le cellule madri, designate fin'ora con tal nome, sono delle sporacisti secondarie. È presumibile che l'osservazione di Schaudinn fosse dovuta ad una falsa interpretazione dei fatti osservati; essa aveva tratto in inganno per circa un trentennio. G. T.

VARIA

L'effetto delle varie bevande sull'uomo in riposo ed in lavoro.

È noto che, dopo una forte traspirazione, la ingestione di acqua anche in grande quantità non disseta. Con la traspirazione, il corpo ha perduta molta acqua e dei sali, principalmente cloruro di sodio e, per fare scomparire la sete, è necessario restituirgli non solo l'acqua, ma anche i sali.

Ilzhöfer e Brack (*Arch. f. Hygiene* e *Off. intern. hygiène pub.*, sett. 1933) hanno studiato l'azione di varie bevande, sia in periodo di riposo (posizione seduta) sia dopo il lavoro (bicicletta, ergometro). Le bevande sperimentate sono state: l'acqua di condotta di Monaco; una soluzione ipotonica di cloruro di sodio (0,45 %); una soluzione isotonica di cloruro di sodio (0,9 %); una soluzione isotonica di lattosio; tè; tè con lattosio; una soluzione salina completa raccomandata da Hirth (Electrolyte) che corrisponde al contenuto salino del sangue. In ogni esperienza, si misuravano le quantità di orina emesse e la diminuzione di peso corrispondente all'escrezione sudorale e si analizzavano le orine (peso specifico, contenuto in cloruro di sodio, acidità, determinazione del pH, ecc.).

Nel riposo (quindi senza violenta traspirazione) l'escrezione renale minima e, quindi, la ritenzione massima di acqua, si otteneva con l'Electrolyte; venivano in seguito, per ordine di ritenzione minore e di escrezione crescente: soluzione clorurata isotonica, quella ipotonica, la soluzione di lattosio, l'acqua ordinaria, il tè ed il tè col lattosio.

Più complessi e d'interpretazione più delicata sono i risultati ottenuti in seguito agli esercizi fisici.

Praticamente, negli esercizi sportivi, l'acqua, l'acqua lattosata, il tè ed il tè con lattosio sarebbero poco adatti; meglio valgono per la reidratazione dei tessuti la soluzione clorurata isotonica e l'electrolyte. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. N. C. da S. M.:

Il còmpito di fornire indicazioni bibliografiche su temi circoscritti e di natura monografica, esula dalle finalità della « Posta degli Abbonati », come abbiamo più volte dichiarato. Ella dovrebbe rivolgersi ad un Istituto bibliografico, per es., all'Istituto della Casa Editrice L. Cappelli, Bologna. L. P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Attività scientifica nel 1° Decennio dell'era fascista della Clinica Pediatrica di Napoli. — Tip. La Nuovissima, Napoli, 1933.

L. SAVAGNONE. *Tubercolosi umana di origine bovina.* — Tip. G. Travi, Palermo, 1933.

S. ALOIGI. *La tubercolosi polmonare nei suoi rapporti con le altre forme morbose.* — Tip. Zelli, Arezzo, 1933.

G. FOLLEZA. *Influenza della Neosolfoterapia nella cura della sifilide e di alcune dermatosi.* — Ist. Edit. Cesalp., Milano, 1933.

I. J. GAZZOLO. *Sarcoma fuso-cellulare de vesiga operado por diatermo-coagulacion bipolar a cielo abierto.* — Imp. Mercatali, Buenos Aires, 1932.

T. LUCHERINI. *Leucemia acuta monocitica o reticolo-endoteliosi leucemica.* — Tip. Minerva Medica, 1933.

M. FLAMINI. *Etiologia e cura degli eczemi.* — Tip. L. Proia, Roma, 1933.

A. SALMON. *Le attuali vedute sul sonno.* — Industrie Grafiche, Ferrara, 1933.

U. BACCARANI. *Sopra un caso di pseudoocclusione intestinale e sindrome di colica renale da occhiepididimite tbc. muta.* — Riforma Medica, 1933.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

I. - Osservazioni sintetiche circa i concorsi.

1. È assai frequente l'annullamento di nomine per difetti o eccessi del procedimento e del giudizio delle Commissioni. Il danno che ne deriva è grave per l'amministrazione pubblica e per i concorrenti: incertezza di situazioni, contrasti giurisdizionali, spese. Più grave sarebbe il danno di un risultato ingiusto o non conveniente, se permanesse; il costo della riparazione del torto o della correzione dell'errore è male minore. Ma è possibile prevenire almeno alcune deviazioni, riducendo il numero e la gravità dei casi patologici. Le difficoltà, intendiamoci, non sono poche, trattandosi di valutare e graduare la capacità di molte persone, in base al risultato di un esame, spesso influenzato da circostanze casuali, o al valore indice di titoli formali.

Bisogna, quindi, contentarsi di perfezionare, nei limiti del possibile, questo mezzo di accertamento, visto che gli inconvenienti della scelta libera sarebbero maggiori.

Alcune cause di deviazione, dipendano dalla volontà dei giudicanti o da difficoltà obbiettive, sono inevitabili: come tutti i giudizi umani anche quelli delle commissioni ne sono influenzati. Altre sono evitabili: mi riferisco a quelle che derivano dall'ordinamento giuridico.

Da questo punto di vista, la deficienza è, purtroppo, grande: poche regole generali per i concorsi dei sanitari condotti; nessuna per gli impiegati delle istituzioni pubbliche di beneficenza e, quindi, per i sanitari degli ospedali, se si accettuano le norme degli statuti e dei regolamenti locali. Varietà di forme e di criteri; attività non regolata; libertà quasi assoluta: le commissioni, costrette a procedere senza guida, sono spesso disorientate.

Questa è la realtà. Risultati intrinsecamente giusti, sono spesso travolti per imperfezioni formali; graduatorie stravaganti possono salvarsi se la forma sia ben curata, e il vizio sia dissimulato, essendo ammesso soltanto un sindacato giurisdizionale di legittimità.

Ma, sino a quando l'ordinamento non sarà regolato con norme generali, si può trovare una guida nella giurisprudenza, che ha cercato di supplire alle maggiori lacune, e nel buon senso.

Ecco lo scopo di questa nota, limitatamente però ai concorsi per titoli. Esaminerò, in altra occasione, le forme dei concorsi per esami o per titoli ed esami.

2) La Commissione deve accertare le condizioni per l'ammissione dei singoli concorrenti, cioè la idoneità dei titoli che sono prescritti *per la partecipazione* al concorso: ne esamina la forma e il contenuto e decide.

Questo atto è preparatorio, ma se un concorrente è escluso e il rappresentante dell'ente comunica all'interessato la esclusione, implicitamente accettandola, l'atto è dell'amministrazione e la giurisprudenza lo considera definitivo agli effetti dei rimedi giuridici: ricorso al Consiglio di Stato, nei casi di illegittimità.

Non si possono produrre documenti fuori del termine stabilito nell'avviso del concorso; ma è ammesso che l'amministrazione — non la Commissione — proroghi il termine per tutti i concorrenti, in condizioni di uguaglianza, con atto regolarmente deliberato e *pubblicato*, purchè la proroga non abbia lo scopo di favorire interessi particolari, ma abbia causa obbiettiva.

È anche ammesso che la Commissione inviti i concorrenti a regolarizzare certificati eventualmente non legalizzati: giurisprudenza recente.

Poichè il documento formale è richiesto come *mezzo* per accertare una data condizione o un requisito (cittadinanza, iscrizione nell'albo, buona condotta, ecc.) sono efficaci anche atti equivalenti se da essi risulti con sicurezza la condizione o il requisito prescritto: questa regola è stata applicata dalla giurisprudenza in vari casi; per la prova della cittadinanza, del diploma di laurea, la iscrizione nell'albo, ecc.

Le commissioni devono fare uso discreto delle prove equivalenti; non sarebbe sufficiente qualsiasi presunzione sia pure logica; ma deve risultare, da atti validi, una condizione di certezza.

3) Si procede poi alla valutazione e al giudizio, mediante un procedimento che ha, approssimativamente, la struttura elementare del sillogisma: criteri direttivi (premessa maggiore); valutazione concreta (premessa minore); giudizio conclusivo.

Non si può procedere senza criteri direttivi, cioè senza bussola. Come precisarli? La giurisprudenza non segue un indirizzo rigido. Generalmente due forme sono possibili, a seconda del numero dei concorrenti e della importanza del concorso.

La Commissione può prestabilire determinate categorie di valori-indici, cioè categorie astratte di titoli. In tal caso *deve* attribuire a ciascuna di esse un determinato coefficiente di punti, che logicamente ha limiti massimi e minimi, in modo che la espressione numerica possa graduare e differenziare la diversa condizione dei singoli concorrenti in rapporto alla stessa categoria. Deve poi elencare *tutti* i titoli valutabili agli effetti dell'accertamento della capacità, indicando, ma *separatamente*, quelli che

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

sono efficaci soltanto come causa di precedenza (invalidità di guerra) o di preferenza. I titoli valutabili sono poi raggruppati in categorie concrete, corrispondenti a quelle astratte. Compiute queste due operazioni, la Commissione valuta i titoli di ciascuna categoria, esprime il suo apprezzamento assoluto e comparativo e distribuisce i punti entro i limiti massimi e minimi. Si giunge così al risultato. A parità di condizioni, sono efficaci le preferenze, le quali modificano l'ordine della graduatoria.

Questo è il sistema migliore, specialmente se non siano pochi i concorrenti. Sia in ogni caso ben chiaro che, prestabilite categorie astratte di titoli, è *necessario* distribuire i punti complessivi a ciascuna di esse e dividere poi i titoli in corrispondenti categorie concrete. Più volte il Consiglio di Stato ha annullato il giudizio per inosservanza di queste regole. Le commissioni possono, invece, stabilire semplici *criteri direttivi*: in tal caso è sufficiente che, elencati i titoli, ne sia fatta valutazione assoluta e comparativa, in relazione ai *criteri* generali prestabiliti e il giudizio finale sia motivato in modo che ne risulti e sia controllabile il processo logico, e sia espresso con punti complessivamente attribuiti ai singoli concorrenti. È questo un procedimento alquanto sommario, che può essere seguito — ed è stato dichiarato legittimo — per concorsi meno importanti, con limitato numero di concorrenti. In ogni caso sono condizioni necessarie per l'uno e l'altro procedimento: uguaglianza di trattamento; valutazione di tutti i titoli che abbiano rilevanza e soltanto di quelli che siano indice di idoneità specifica, in relazione allo scopo del concorso; determinazione di criteri *logici* e *sufficienti*; motivazione congrua.

4) Per ciascuna adunanza deve essere redatto un verbale, che sia il riflesso del procedimento seguito: sarebbe insufficiente un verbale unico riassuntivo o la relazione finale. Tutti i commissari devono partecipare a tutte le adunanze: si può ammettere, in certi casi, che alcuni commissari esaminino le pubblicazioni e ne riferiscano alla commissione.

5) Categorie astratte di titoli o criteri generali, quali sono gli elementi valutabili in grado maggiore o minore? Non sono possibili regole assolute, perchè i requisiti devono essere considerati anche in relazione agli scopi del concorso.

Tre ordini di titoli sembrano, generalmente, differenziabili e in diversa misura valutabili.

a) Preparazione culturale e professionale: studi universitari; specializzazioni; corsi di perfezionamento seguiti da prove ed effettivamente controllati; pubblicazioni.

In certi concorsi il titolo di *specialista*, conseguito per esami, deve essere valutato isolatamente, avendo particolare importanza per il valore indice che ne risulta in grado preponderante.

b) Attività di esercizio professionale: prestazioni effettive in ospedali, cliniche e altri istituti pubblici, in condotte medico-chirurgiche, ecc.

c) Titoli vari, che siano indice di capacità e non siano compresi nelle prime due categorie. Queste hanno, indubbiamente, prevalente importanza, in diverso grado, a seconda dell'ufficio per il quale si deve procedere alla nomina.

Sono da scartare quei titoli che non corrispondano ad effettiva attività seriamente controllata: sono spesso attestazioni formali preordinate a scopo di concorso per accrescere il numero dei titoli: se mai, possono essere comprese, entro certi limiti, nella terza categoria. Sono tali, per es., le frequenze di corsi, non seguiti da prove di esami. Per questa differenziazione, la esperienza dei commissari è la guida migliore. E anche se norme generali saranno stabilite dalla legge, dovrà essere riservata alla Commissione la determinazione concreta della premessa maggiore.

6) Alla valutazione dei titoli dovrebbero essere associate prove integrative di esami, specialmente per gli uffici di maggiore responsabilità, sicchè il giudizio sia la risultante della valutazione dei titoli di preparazione culturale e di attività pratica e, sussidiariamente, del controllo diretto della capacità. Il concorso dei due mezzi faciliterà il giudizio. È da avvertire che, in tal caso, è opportuno procedere prima alla valutazione dei titoli e all'attribuzione dei punti, secondo le norme comuni, e poi alle prove di esame.

Il coefficiente numerico dell'una e dell'altra base del giudizio deve essere stabilito preventivamente, tenendosi conto della efficacia sussidiaria dell'esame.

Recentemente è stato annullato il risultato di un concorso (Bolzano) *anche* perchè, iniziate le prove di esame, la Commissione aveva valutato i titoli, e poi aveva continuato quelle.

Sono forme; ma giovano a qualche cosa e devono essere rispettate. E si potrebbe anche chiedere: la così detta *sostanza* è separabile dalle sue forme?

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Radiologi e Ginecologi.

Nell'ultimo congresso della Società di ostetricia e ginecologia tenutosi a Bari è stato espresso un voto intorno alla questione dei rapporti professionali tra radiologi e ginecologi. Era naturale che col progredire e col diffondersi della radioterapia, nelle sue numerose applicazioni, i cultori delle due branche si sarebbero dovuti incontrare in un campo di attività comune e che sarebbe stato necessario, un bel momento, cercare di definire i limiti di azione degli uni e degli altri. Una tale questione viene a portare in campo un problema di interesse più generale, e che ci induce a considerare come dobbiamo noi intendere oggi la figura del radiologo. Sono problemi nuovi che vanno sorgendo e si vanno complicando man mano che la scienza radiologica progredisce e si afferma in mezzo alle branche sorelle della medicina. Sono problemi nuovi, che per necessità di cose devono trovare oggi una soluzione diversa da quella degli anni passati, in cui la radiologia nasceva, e che attendono una soluzione.

Guardiamo quindi con occhio sereno e imparziale come si può impostare la questione.

Nei primi tempi dell'êra radiologica e a mano a mano che le applicazioni della radiologia si estendevano indistintamente a tutte le branche della medicina, era necessario che i radiologi si interessassero di tutte le questioni e di tutti i casi, in cui l'esame mediante i raggi X o le cure radioterapiche fossero comunque richiesti. Nessuno potrà negare che la radiologia costituisce una branca complessa e organica in tutte le sue parti, non scindibili dal punto di vista dottrinale e per le necessità dell'insegnamento, ma è naturale altresì che i radiologi non potessero pretendere di diventare degli enciclopedici e di essere ugualmente preparati e versati in ciascuna delle numerosissime applicazioni della radiologia. Se qualche radiologo ha potuto eccellere in qualche particolare ramo di questa scienza, magari intimamente connesso con altra delle specialità che hanno già diritto di riconoscimento in medicina, ciò non significa che tutti possono fare altrettanto e che al radiologo in genere si debba riconoscere una speciale competenza in tutte le branche. Come d'altra parte il fatto che qualche specialista (sia esso in dermatologia o in ginecologia o altro) abbia acquistato speciale competenza radiologica, non significa che da ogni dermatologo, da ogni ginecologo si debba pretendere altrettanto. Bisogna pur riconoscere che la radiologia tende a smembrarsi e, sotto certi punti di vista, di ciò dobbiamo essere orgogliosi, perchè ciò significa che essa si impone sempre più nell'ambito delle applicazioni medico-chirurgiche: oggi noi vediamo infatti come talune branche tendono ad allontanarsi dal ceppo comune per diventare dominio delle relative specialità; è un fatto logico ed inevitabile dal momento che il sussidio radiologico fa parte troppo integrante della ricerca diagnostica, per cui ogni tisiologo, ad es., ogni urologo deve necessariamente essere in grado di interpretare le relative immagini radiologiche: ne viene la conseguenza che il radiologo affiancato a questi specialisti tende fatalmente a diventare nient'altro che un tecnico, e la sua opera di interpretazione spesso non è più richiesta e forse lo sarà sempre meno in avvenire. Del resto questa scissione potrà avverarsi soltanto nei grandi Istituti (Sanatori; Istituti ortopedici; Cliniche urologiche e neuropatologiche), perchè in pratica nessuno dei suddetti specialisti avrà la possibilità di occuparsi direttamente dell'indagine radiologica, e continuerà a chiedere il sussidio del radiologo, il quale avrà sempre il vantaggio di essere meno unilaterale nelle interpretazioni e di indagare da un punto di vista più ampio che non sia quello delle singole specialità. I radiologi dunque non solo non pretendono di possedere speciale competenza in tutte le branche della medicina, ma intravedono il pericolo opposto, che cioè il loro campo di attività venga progressivamente ristretto. E se noi radiologi abbiamo chiesto e chiediamo che la nostra specialità sia protetta da adatte disposizioni legislative, non è perchè vogliamo ottenere dei privilegi e creare dei proibizionismi di fronte agli altri specialisti, ma è soltanto, perchè, gelosi cultori di questo giovane e fiorente ramo della medicina, possiamo con maggior diritto segnalare i pericoli di una inadeguata preparazione tecnica e scientifica, sia nel campo diagnostico che in quello terapeutico.

L'argomento che spesso viene addotto, che cioè basti la laurea e il consecutivo esame di Stato per autorizzare qualunque medico ad esercitare la professione con tutte le armi che la scienza mette a disposizione (compresi quindi i raggi X), non regge, almeno fino a tanto che la radiologia non sarà messa allo stesso livello delle altre discipline, sia per l'obbligatorietà dell'insegnamento che per l'obbligatorietà dell'esame di Stato; ed in questo crediamo di doverci associare pienamente a quanto è stato votato in seno al Congresso di Ginecologia.

Dato lo stato attuale delle cose, l'insegnamento della Radiologia durante il corso Universitario non può ritenersi che appena sufficiente a dare un'idea generale della materia, ma è assolutamente inadeguato a permettere ad un giovane laureato di maneggiare la difficilissima arma dei raggi X. Quindi non resta

per la preparazione di chi intende esercitare la Radiologia che il corso post-universitario delle Scuole di specializzazione, e da ciò deriva anche la legittima richiesta che nel campo professionale non siano ammessi che quelli, i quali hanno conquistato il diploma di specialista.

Per quanto riguarda la pratica della radioterapia, in attesa di eventuali disposizioni di legge che ne disciplinino l'esercizio, i ginecologi hanno espresso il desiderio che sia distinta la regolamentazione per l'uso del Radium e per quello degli impianti da Raggi X. È troppo evidente che all'infuori degli Ospedali e delle Cliniche (dove del resto il reparto radioterapico è quasi sempre affidato ad un assistente che sia specialmente versato in questa materia e spesso che abbia anche seguito il Corso di specializzazione) nessun ginecologo nella pratica privata troverà opportuno istituire con mezzi propri un trattamento röntgenterapico, sia per l'alto costo degli impianti, sia per difficoltà tecniche non facili a superarsi. D'altra parte riteniamo inderogabile il principio che nessuna applicazione di röntgenterapia debba essere intrapresa dal radiologo senza la preventiva diagnosi e la collaborazione del ginecologo.

Dunque nessun contrasto su questo punto. Dove le difficoltà per un accordo sono maggiori è nel campo della curieterapia. Può il ginecologo applicare il radio senza il concorso del radiologo e viceversa? Noi conveniamo che per tutto quanto si riferisce alla tecnica ginecologica (e quindi anche per l'applicazione degli apparecchi radiferi) il ginecologo debba possedere maggiore capacità e maggiore esperienza che non il radiologo (fatta eccezione — al massimo — per alcuni radiologi che sono specialmente versati nella ginecologia); ma applicare un tubetto di radio nel collo uterino non significa fare tutta la radioterapia; la curieterapia nelle affezioni maligne dell'utero è del tutto connessa colla röntgenterapia; quindi si ricade necessariamente nel caso precedente. Non potendo scindere la curieterapia dalla röntgenterapia, ne viene di conseguenza che come principio il trattamento radioterapico in genere delle affezioni ginecologiche non può essere lasciato in mano dei ginecologi, con esclusione dei radiologi.

Io credo che praticamente la questione potrebbe essere risolta in modo soddisfacente per entrambe le parti.

Per gli Istituti Ospedalieri la collaborazione tra ginecologi e radiologi avviene già quasi sempre, e in ogni caso si dovrà pretendere che quelli tra gli assistenti di ginecologia, che sono preposti al reparto di radioterapia, abbiano una adeguata preparazione radiologica.

I ginecologi domandano nel loro voto che si prenda in considerazione l'opportunità di creare degli specialisti in *radioterapia*, separatamente dalla *radiodiagnostica*, ed io devo far notare a questo proposito che una tale separazione è già ammessa anche ufficialmente, dal momento che è consentita una libera docenza in « radiobiologia e radioterapia ».

Per quanto riguarda l'esercizio privato le cose vanno diversamente: si dovrebbe anzitutto riconoscere ai ginecologi il diritto di praticare le applicazioni di preparati radioattivi. Ma siccome per lo più questi preparati sono forniti da qualche Istituto, o da qualche radiologo libero esercente, dovrebbe restare sempre all'Ente o al medico che ha fornito il radio la responsabilità, sia dal lato giuridico che sanitario, dell'uso di esso e degli eventuali inconvenienti che si dovessero verificare per il cattivo impiego di questo mezzo di terapia fisica. In tal modo sarebbe implicitamente resa obbligatoria quella collaborazione, che rappresenta uno dei capisaldi del voto esposto dai ginecologi e al quale noi completamente ci associamo.

L. SICILIANO.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Ufficio internazionale d'igiene pubblica.

In sessione ordinaria tenutasi lo scorso ottobre, furono trattati vari argomenti, di cui accenniamo ai più importanti.

La profilassi nelle grandi vie del traffico aereo attira sempre più l'attenzione per il pericolo che si può avere di trasmissione di malattie infettive a grandi distanze. Alcuni paesi hanno già dato delle disposizioni, ma si rende necessario un accordo internazionale. Una Commissione speciale ha frattanto esaminato la validità dei certificati di vaccinazione anticolerica ed antivaiuolosa, tralasciando per ora quella antipestosa, che non assicura l'immunità.

Per quanto riguarda le malattie infettive interessanti la profilassi internazionale, si è potuto assodare la presenza in Africa di una regione, nella parte meridionale, in cui l'enzoozia dei roditori conserva e prepara il virus, che poi si diffonde in altre regioni. Ottime sono risultate le condizioni dei pellegrinaggi dell'Hegiaz, sia per il colera che per la peste; si è assodato che le stagioni non hanno influenza sulle epidemie di colera e che, quindi, lo spostamento delle date dei pellegrinaggi (dovuto alla differenza fra i calendari gregoriano e mussulmano) non avrà influenza sulla frequenza del colera, di cui la profilassi è assicurata dalla vaccinazione.

Interessante è la scomparsa del vaiuolo in Inghilterra, dove infieriva dal 1922, con più di 80.000 casi. I tentativi, che sembrano ora riusciti, di cultura del virus vaccinico sull'allantocorion del pollo, sembrano schiudere la via ad ottenere un vaccino sicuramente sterile.

Si segnala una certa recrudescenza nel tifo esantematico, anche in Europa (Jugoslavia, Polonia); in Egitto, si sono avuti, nei primi 6 mesi del 1933, oltre 7000 casi.

Significative ricerche sono state riferite sulla scarlattina, per cui si lasciano ancora dei dubbi sulla parte che hanno gli streptococchi emolitici nella sua patogenesi. Per la tifoide, proseguono gli studi sull'efficacia della vaccinazione; è risultata l'inferiorità di quella fatta per via orale; ad ogni modo la pratica della vaccinazione non esime dalla lotta con i mezzi classici di profilassi.

Per la tubercolosi, sono riportate le statistiche dell'Australia, che risulta uno dei paesi meno toccati dalla malattia, con la mortalità di 47 per cento mila per la forma polmonare (in Italia, nel 1930, era di 82), l'assenza quasi completa di decessi sotto i 15 anni e la morbosità di 1-2/1000 in alcuni gruppi come nei ferrovieri (in Italia, 2,9 nel venticinquennio 1905-1930).

Interessanti comunicazioni sono state fatte sui grandi lavori di bonifica e sulla lotta antimalarica in Italia, per la quale sono stati altresì messi in rilievo i notevoli progressi compiuti nella costruzione di ospedali e di acquedotti.

Altri studi sono stati riferiti sul gozzo, sulla protezione del bambino nell'età scolastica, sulla disinfezione terminale e su molte altre questioni.

fil.

Cronaca del movimento professionale.

Per la tutela della stomatologia.

Il Ministro degli Interni e Capo del Governo, on. Mussolini, ha presentato alla Camera dei Deputati un Decreto Reale in data 11 dicembre 1933, che risolve definitivamente il problema della legislazione stomatologica, ribadendo le leggi che il Regime ha largito ai medici stomatologi nel 1924 e nel 1928.

Va ricordato che la Società Italiana di chirurgia della bocca, la quale ha sede a Bologna, aveva fatto tenere al Capo del Governo un memoriale (presentatogli dal prof. Corradi), nel quale si esponevano i danni che sarebbero derivati dall'approvazione del disegno di legge n. 1711, che prevedeva larghe concessioni agli odontotecnici.

Per quella tempestiva attività del sodalizio medico ora ricordato, è stato possibile di far conoscere a S. E. Benito Mussolini, i voti e le aspirazioni degli studenti, dei medici, degli stomatologi e dei docenti universitari, tutti contrari al disegno di legge in parola.

All'indomani della presentazione del memoriale della Società Italiana di Chirurgia della bocca, il Capo del Governo, col Decreto Reale suddetto, faceva togliere dall'ordine del giorno della Camera, proprio alla vigilia della discussione parlamentare, il disegno di legge n. 1711.

L'Associazione Stomatologica Internazionale ha inviato al Duce un telegramma col quale ha voluto esprimergli riconoscente ammirazione per i provvedimenti adottati.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANNUNZIATA (*Trapani*). — Scad. 25 feb.; con Casa Santa; L. 9000, 3 quadrienni e 3 quinquenni di L. 750, trasp. L. 2500; riduz. 12 %.

BARANO D'ISCHIA (*Napoli*). — Scad. 17 feb.; L. 9500 e 3 quadrienni di L. 700, 650 e 600; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

BARBONA (*Padova*). — Scad. 31 genn.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec. oltre L. 500 uff. san.; L. 800 bicicletta; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BORMIDA (*Savona*). — Scad. 15 gen.; L. 8400 oltre L. 599 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

BURGOS (*Sassari*). — Scad. 31 gen.; con Esporlatu, L. 9300 e 4 quadrienni dec., addizionale L. 5 sopra i 1000 poveri, L. 900 uff. san., L. 1000 arm. farm.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CARAFFA (*Catanzaro*). — Scad. 10 gen.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %.

CITTÀ S. ANGELO (*Pescara*). — Scad. 31 gen.; 1ª cond.; L. 7500 oltre L. 1200 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a. al 1° nov.; tassa L. 50.

CIVITA CASTELLANA (*Viterbo*). — Posto della seconda condotta. Per titoli. Stipendio L. 10.560 al netto del 12 % e soggetto alle ritenute per tassa Ricch. Mob., per contributi Cassa Previdenza ed altri di legge. Detto stipendio è per i primi mille poveri. Per ogni povero dai 1001 ai 2000 è corrisposta una indennità di L. 4. Lo stipendio verrà aumentato di un decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni consecutivi a decorrere dalla data della stabilità che si intende conseguita dopo due anni di effettivo e non interrotto servizio. Indennità di legge pel caro-viveri, finchè sarà mantenuta. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le relative modalità, possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 1° marzo 1934.

CIVITANOVA-MARCHE (*Macerata*). — Posto di Medico Chirurgo della prima condotta rurale denominata del Piano Chienti, condotta che ha una superficie di circa Kmq. 23 e una popolazione sparsa di 2401 abitanti, con circa 120 poveri inscritti nell'apposito elenco. Stipendio base L. 8000 suscettibile di 4 aumenti quadriennali del decimo sulla cifra iniziale; indennità di servizio attivo L. 800; indennità trasporto (cavallo o automezzo di cui il medico ha l'obbligo di essere provvisto) L. 2500; indennità caro-viveri come per gli altri impiegati comunali. Il tutto è soggetto alla riduzione del 12 % e alle ritenute di legge. La domanda in bollo da L. 3, accompagnata dei prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 19 gennaio 1934.

CIVITELLA IN VAL DI CHIANA (*Arezzo*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.; L. 9000 oltre c.-v., L. 2500 cavalc., L. 1500 servizio per Pieve a Maiano, L. 1244,50 direzione Ospedale; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

FIRENZE. *O. P. Istituto Ortopedico Toscano Villa S. Margherita.* — Scad. 28 feb., ore 12; secondo assistente; L. 6350 e percentuale; età lim. 30 a.;

doc. a 3 mesi dal 30 nov. Rivolgersi Segreteria. Sede: viale Michelangelo 25.

Foggia. *Amministrazione Provinciale di Capitanata.* — Per titoli ed esami, pei seguenti posti vacanti presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi: *a*) un posto di coadiutore: stipendio annuo L. 14.000, oltre la indennità di servizio attivo in L. 1400; *b*) un posto di assistente: stipendio annuo lire 12.000, oltre la indennità di servizio attivo in L. 1200. Il tutto a lordo della riduzione del 12 % di cui al R. D. 20 novembre 1930, N. 1491, e con diritto a quattro aumenti quadriennali del decimo, alla indennità caro-viveri (aggiunta di famiglia) come per gli impiegati dello Stato ed eventualmente con la compartecipazione agli utili del Laboratorio Scadenza ore dodici del 5 marzo 1934 - XII. Richiedere il bando di concorso alla Segreteria della Amministrazione Provinciale di Foggia.

Fontanella (*Bergamo*). — Scad. 15 feb.; con Barbana; servizio tutto in piano con ottima viabilità; ospedale. Rivolgersi al Podestà.

Fumana Valpolicella (*Verona*). — Scad. 15 gen.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., L. 3000 autovetturetta (obbligatoria), L. 600 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Genova. *Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi.* — Concorso per titoli ad un posto di medico-aiuto addetto al Laboratorio di microscopia e sierologia dell'Istituto. Il posto non consente stipendio ma l'Istituto potrà assegnare una gratificazione non eccedente le L. 300 mensili. Tempo impiegato nel servizio: circa tre ore al giorno. Convalida annuale. Tempo utile per la presentazione dei documenti: 15 gennaio. Inizio del servizio: 1° febbraio. Rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto, via Balilla 1, Genova.

Gioia Sannitica (*Benevento*). — Scad. 31 gen.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 cavallo, purchè effettivamente usato; riduz. 12 %; età lim. 21-35 a.; supplenza gratuita tra i due medici condotti; tassa L. 50.

Imperia. *Amministraz Prov.* — Scad. 16 gen.; assistente nella Sez. med.-micr.; L. 14.000 elevabili a 18.000, oltre L. 3000 elevabili a 3700 serv. att.; riduz. 12 %.

Lecco (*Como*). — Scad. 17 gen., ore 18; medico comunale aggiunto; titoli ed esami; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., c.-v.; riduzioni di legge; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 30 nov. Chied. annunzio.
Scad. 15 feb., ore 18; 3ª condotta; docum. a 3 mesi dal 20 dic.; addizionale L. 2,50 sopra i 1400 pov.; altre condizioni come sopra. Chiedere annunzio.

Livorno. *Ufficio d'Igiene.* — Scad. 15 gen.; ispettore igienista; L. 16.500 elevabili a L. 18.300 mediante 3 quadrienni, serv. att. L. 2400, c.-v., compartecipaz. 10 %; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; sono escluse le donne; tassa L. 50.

Lodi. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 15 gen., ore 17; medico dissettore-microscopista dirigente la Sezione anatomo-patologica e dei Gabinetti scientifici dell'Ospedale; L. 9500 oltre L. 1900 serv. att., c.-v.; 50 % proventi; riduz. 12 %. Sono escluse le donne. Età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 10 dic.; tassa L. 50. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio Segreteria del Luogo Pio.

Montenerodomo (*Chieti*). — Per titoli. Posto di medico condotto con residenza in Montenerodomo. Stipendio annuo L. 9000, aumentabile di 1/10 ogni quadriennio e per cinque quadrienni, oltre un supplemento di L. 5 per ogni inscritto nell'elenco dei poveri in eccedenza del numero di 500. Il nominato medico condotto, se incaricato delle funzioni di Ufficiale Sanitario, percepirà l'annua retribuzione di L. 500. Detti assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % come da Decreto 20-11-1930, n. 1491, nonchè alle varie trattenute come di legge. La domanda, in carta legale, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le rispettive modalità possono desumersi dal Bando di Concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Montenerodomo, debbono pervenire alla Segreteria predetta non più tardi delle ore diciotto del 15 gennaio 1934 - XII.

Nola (*Napoli*). — Scad. 20 mar.; titoli ed esami; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 28-40 a.

Novara. *Municipio.* — Per titoli. Posto di medico condotto della frazione di Pernate. Scadenza quindici marzo 1934, XII. Periodo di prova anni due. Stipendio L. 8000 progressivamente accrescibili di 10 ventesimi; indennità temporanea di caro vivere; indennità per mezzo di trasporto lire 1000; per ogni 500 poveri (o frazione di questa somma) inscritti nell'elenco municipale oltre ai primi 400, L. 1000 (ogni cosa sotto deduzione del 12 %). Casa di abitazione per la quale è fissato l'affitto di L. 2800 annue. Titolo: laurea in medicina e chirurgia. Documenti: i soliti. (Tassa concorso L. 50 da versarsi alla Tesoreria comunale - Banca Popolare di Novara).

Padova. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 10 febbraio 1934 è aperto il concorso, secondo le norme del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, ai posti di Coadiutore e di Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendi iniziali annui rispettivamente: L. 12.000 per il Coadiutore e L. 10.000 per l'Assistente, suscettibili di sei aumenti periodici di un decimo, ed eventualmente di un sesto aumento pure del decimo per meriti speciali. Servizio attivo annuo rispettivamente: L. 1800 per il Coadiutore e L. 1500 per l'Assistente. Compartecipazione del 10 % sui proventi di Laboratorio per entrambi i posti. Indennità caro-viveri come agli altri impiegati provinciali. Il tutto ridotto delle trattenute di legge compresa quella del 12 per cento di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491. Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

Parma, *R. Prefettura.* — Scad. 31 gen.; ufficiale sanit. capo dell'ufficio d'igiene e polizia urbana; L. 15.000 oltre L. 1000 indenn. carica; riduz. 12 %; quadrienni dec. fino al 50 % dello stipendio iniziale; 75 % proventi. Età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Pernate. — (Vedere Novara).

Pistoia. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore, Sezione Medico micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Pistoia. Stipendio L. 12.590, servizio attivo L. 3000, indennità caroviveri, 6 aumenti triennali del decimo nonchè 25 % dei proventi per analisi private. Scadenza ore dodici del 31 gennaio 1934-XII. Richiedere bando Concorso e chiarimenti alla Segreteria Amministrativa Provinciale, Palazzo del Governo, Pistoia.

POMIGLIANO D'ARCO (*Napoli*). — Per titoli. Stipendio L. 9500 al lordo delle ritenute per la Cassa Pens. e per l'I.N.I.E.L., della Tassa di Ricch. Mob. e della riduzione 12 % come da Decreto N. 1491 del 20-11-930. Lo stipendio è suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le relative modalità possono desumersi dall'avviso di concorso da richiedersi all'Ufficio Municipale, debbono pervenire all'Ufficio predetto entro le ore dodici del 90° giorno dalla data del bando che è del 16 dicembre 1933.

PRESEGLIE (*Brescia*). — Fino alle ore diciotto del giorno 22 gennaio 1934 - XII è aperto il pubblico concorso per titoli al posto di medico condotto comunale di Preseglie. Per ricevere il bando di concorso e schiarimenti rivolgersi alla segreteria di Preseglie.

RIESI (*Caltanissetta*). — Scad. 20 feb.; L. 8000 e 5 quinquenni di L. 700; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

RIO DI PUSTERIA (*Bolzano*). — Scad. 1° mar.; L. 8360, oltre L. 3168 trasp., L. 836 uff. san., L. 2288 alloggio.

ROMA. *Istituto di Clinica Ortopedica e Traumatologica della R. Università.* — Vengono messi a concorso quattro posti di assistente volontario. Domanda e documenti alla Direzione prima del 20 gennaio.

SESTU (*Cagliari*). — Scad. 30 gen.; L. 7920 oltre L. 880 incarico sanitario, L. 739,20 c.-v.; tassa lire 50,10.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — Scad. 20 gen.; due condotte; L. 10.000 e 10 bienni ventes.; c.-v.; all'uff. san. L. 1000; riduz. 12 %; per cavalc. lire 2000; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 10 dic.; tassa L. 50,10.

TAVERNOLE SUL MELLA (*Brescia*). — Scad. 15 feb.; con Bovegno; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., abitazione gratuita.

TERNI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di Aiuto medico del Dispensario Provinciale. Stipendio L. 10.000; servizio attivo L. 2000 al netto. Durata nomina anni cinque tacitamente rinnovabili. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Documenti di rito e diploma di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo conseguito non oltre il 30 novembre 1931. Tassa concorso L. 50,10. Scadenza ore diciotto del dieci febbraio 1934-XII. Per chiarimenti e per ottenere il bando integrale rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Terni.

TORINO. *Ospedale di S. Giovanni e della Città.* — Scad. 28 febbr.; 9 assistenti supplenti. Domanda alla Presidenza; informazioni presso la Segreteria, via Ospedale 36.

VALPERGA (*Aosta*). — Scad. 28 feb.; rivolgersi all'Ufficio Comunale.

VILLACIDRO (*Cagliari*). — Scad. 20 gen.; 2ª cond.; L. 8000; riduz. 12 %; c.-v.; tassa L. 50,10.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Roberto Alessandri, clinico chirurgo di Roma, direttore della Sezione chirurgica del nostro periodico, è nominato socio onorario della Società di Chirurgia di Madrid.

Il prof. Giuseppe Sanarelli, direttore del R. Istituto d'igiene di Roma, è nominato socio corrispondente *honoris causa* della Società di Terapia di Parigi.

Ai due illustri Maestri i nostri vivi rallegramenti.

Il premio italo-argentino della Fondazione Lustig per il 1933 è stato assegnato al dott. Flaviano Magrassi, della Clinica Medica di Roma. Cordiali rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

La 3ª Campagna Antitubercolare.

La Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica che nella Campagna Antitubercolare dell'anno XI E. F., Giornata del Fiore e della Doppia Croce, III Campagna del Francobollo chiudilettera, sono state raccolte nelle 92 provincie del Regno e nelle Colonie L. 13.302.893,37. Il notevolissimo risultato raggiunto sarà meglio valutato qualora si consideri che nel 1931 per la I Campagna Antitubercolare a carattere unitario nazionale furono raccolte L. 7.530.013,35 e nel II anno, 1932, L. 11.011.450.

Nella grande gara bandita dalla Federazione sono stati classificati i seguenti Consorzi provinciali antitubercolari: 1° Premio, Campana d'oro: Consorzio Antitubercolare di La Spezia, che ha raggiunto l'imponente cifra di L. 1,72 per abitante; 2° Premio *ex aequo*, medaglia d'oro del Capo del Governo: Consorzi provinciali antitubercolari di Imperia e Fiume; 3° Premio *ex aequo*, medaglia d'oro della Direzione Generale di Sanità Pubblica: Consorzi provinciali antitubercolari di Savona e Zara. Seguono altri premiati con medaglia d'oro della Federazione.

Alla Direzione di Sanità di Bengasi che ha raggiunto la cifra di L. 4,96 per abitante è assegnata la Campana d'oro e alle Direzioni di Sanità della Somalia e Tripolitania la Medaglia d'oro della Direzione Generale di Sanità Pubblica.

Tutto il denaro raccolto, sotto il diretto controllo del Ministero dell'Interno, è rimasto per intero nelle singole provincie del Regno per l'assistenza dei tubercolosi poveri.

Le norme per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

Il 1° gennaio è andata in vigore l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali, la cui pratica attuazione è affidata agli istituti assicuratori, in stretta collaborazione con i datori di lavoro, gli operai e i medici.

Per diffondere sollecitamente fra gli interessati la conoscenza delle norme legislative che disciplinano tale provvedimento, l'Istituto nazionale fascista per la assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ha pubblicato un volumetto contenente, oltre il testo del decreto sulle malattie professionali e del relativo regolamento, opportune norme integrative ed un indice analitico alfabetico, che ne facilita la consultazione.

Il Convegno medico di Arco.

Organizzato dalla Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, ha avuto luogo, il 17 dicembre, ad Arco, un Convegno di medici al quale hanno partecipato illustri scienziati, rappresentanti di Università, di Istituti ospedalieri e di Consorzi provinciali antitubercolari di tutta Italia.

Il Convegno, tenuto presso l'Azienda di cura, è stato inaugurato con discorsi del commissario prefettizio del Comune di Arco, del medico provinciale, del presidente della Sezione tridentina della Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi, prof. Carpi, e del sen. Maragliano.

Furono fatte relazioni dei proff. Monaldi, Ascoli e Omodei Zorini dell'Istituto Benito Mussolini di Roma, affermanti l'utilità dell'intervento chirurgico nella lotta contro la tubercolosi. Sono seguite comunicazioni dei proff. Curti di Brescia e Campani di Modena, dei dottori Sartori, Crosina e Marcheselli di Arco, Menozzi di Cuasso al Monte, Cohn e Dalla Favera di Cavaso del Tomba, Barchi e Manfredi di Reggio Emilia.

Il Convegno si è chiuso con discorsi del sen. Maragliano e del prof. Carpi, inneggianti all'opera del Regime nella lotta contro la tubercolosi e per la valorizzazione delle stazioni climatiche italiane.

19° Congresso francese di medicina legale.

Dal 27 al 30 maggio è indetto a Lilla il 19° Congresso di medicina legale di lingua francese, sotto la presidenza del prof. J. Leclercq. Temi in discussione: « I gruppi sanguigni in medicina legale e in antropologia », relatori L. Lattes (Pavia), R. Dujarric de la Rivière e N. Kossovitch (Parigi); « Le sequele dolorose dei traumatismi e loro indennizzabilità », relatori Héger-Gilbert e De Laet (Bruxelles); « La perizia psichiatrica contraddittoria », relatori Raviart e Vullien (Lilla). Per informazioni rivolgersi al: prof. agrégé Muller, rue de Friedland 14, Lille, Francia.

2° Congresso medico degli Abruzzi.

La Società Medico-Chirurgica degli Abruzzi terrà il suo secondo congresso a Teramo nel prossimo settembre. Temi in discussione: « Ascesso polmonare » (rel. l'on. prof. Raffaele Paolucci); « Meningite sierosa » (relatori i proff. Serafino D'Antona e Quirino Di Marzio); « Sterilità muliebre e demografismo » (rel. il prof. Giovanni Albano). Il comitato ordinatore è presieduto dal prof. A. Cermenati; segretario ne è il dott. Armando Tattoni, Ospedale Civile di Giulianova.

1° Congresso regionale medico sardo.

La Società fra i Cultori delle Scienze mediche e naturali in Cagliari, in accordo con la Società Sassarese di Scienze mediche e naturali, organizza per il maggio 1934-XII in Cagliari il Primo Congresso regionale medico Sardo, aprendo così una serie di raduni che saranno tenuti volta a volta in una delle tre Provincie dell'Isola. Questi raduni avranno scopo eminentemente pratico, per rendere edotti i medici dei progressi delle conoscenze scientifiche e applicative, oltrechè per rafforzare tra essi i vincoli di collegialità. Sono invitati a parteciparvi non solo i medici dell'Isola, ma anche coloro che abbiano con la Sardegna legami di affezione o desiderino visitarla.

Il Primo Congresso durerà tre giorni; saranno svolte le seguenti relazioni: prof. Mario Aresu (Cagliari): « Le diatesi emorragiche »; prof. Luigi Bacialli (Sassari): « Malaria e gravidanza »; prof. Luigi Castaldi (Cagliari): « Tiroide e gozzismo in Sardegna »; prof. Palmerio Delitala (Nuoro): « Echinococcosi »; prof. Giorgio Falchi (Sassari): « Leishmaniosi cutanea ». Saranno inoltre tenute comunicazioni, di cui fin da ora sarà gradito al Comitato organizzatore raccogliere i titoli dai partecipanti al Congresso.

In occasione del Congresso la Facoltà medica della R. Università di Cagliari organizzerà un « Corso di aggiornamento per medici pratici » della durata di una diecina di giorni, durante i quali terranno lezioni su svariati argomenti di attualità docenti di Cagliari e di altrove.

Rivolgersi al presidente del Comitato organizzatore, prof. Luigi Castaldi, R. Università, Cagliari.

Alla Facoltà medica di Napoli.

La Facoltà di Medicina di Napoli si è riunita per deliberare, tra l'altro, circa la successione del compianto prof. Castellino alla 1ª Clinica medica. È stato stabilito che il numero delle Cliniche mediche di Napoli venga portato da tre a due: alle due Cliniche restano così i proff. Zagari e Boeri.

La Facoltà, allo scopo di evitare ogni non esatta interpretazione circa la denominazione di prima e seconda clinica, ha con giusto senso di opportunità stabilito di abolire ogni numerazione e di denominare ogni clinica col nome di grandi Maestri scomparsi, che onorarono la Medicina italiana.

La stessa deliberazione è stata, naturalmente, adottata per i due istituti di patologia medica, attualmente diretti dai proff. Caporali e D'Amato.

Sistemazione edilizia di Università.

La Camera dei Deputati ha discusso ed approvato il disegno di legge per la sistemazione edilizia delle Università di Padova, Firenze e Pavia, che autorizza la spesa di 55 milioni quale contributo dello Stato.

L'on. Fera ricordò le condizioni in cui si trovavano gli edifici universitari all'avvento del Fascismo ed il sollecito interessamento spiegato anche in tal campo dal Governo fascista. Oltre mezzo miliardo è stato speso nel primo decennio per i nostri Istituti superiori che si sono andati attrezzando sempre meglio in relazione al progresso degli studi. Gli studiosi stranieri si rivolgono oggi alle nostre Università, segno questo del prestigio che le circonda, della disciplina che il Fascismo ha saputo instaurarvi e mantenervi, segno indubbio anche della forza di attrazione che il Fascismo, il Duce, i nostri ordinamenti, esercitano sul mondo.

Il nuovo ospedale di Lione.

L'immenso ospedale clinico di Granche-Blanche sostituisce i vecchi ospedali cittadini, troppo antiquati, come pure la vecchia Facoltà di medicina, i cui locali erano divenuti del tutto insufficienti. L'iniziativa e la realizzazione si devono alla volontà tenace dell'on. Herriot, che pur coprendo alte cariche politiche, è stato per un ventennio sindaco di Lione. Alle spese ha concorso largamente la Fondazione Rockefeller.

L'ospedale ha sviluppo in superfice; quando sarà ultimato, comprenderà 22 padiglioni, di cui 13 attrezzati per l'insegnamento clinico; ogni padiglio-

ne ospedaliero comprende 3 Sezioni o Servizi (per solito 2 di medicina e 1 di chirurgia). Altri edifizi speciali accolgono i laboratori centrali, la maternità, la scuola per infermiere d'ospedale, la scuola per infermiere visitatrici (d'igiene sociale), i servizi di edilizia e i servizi amministrativi. L'insieme occupa un'area di 17 ettari. L'ospedale sarà capace di 1544 letti.

Naturalmente non sarebbe stato possibile disporre di tanto spazio entro la città o nelle vicinanze di essa e perciò si è dovuti andare lontano.

Siccome alcuni padiglioni erano ultimati in occasione della festa nazionale (4 sett. 1933), vennero inaugurati. Col primo funzionamento ora avviato dell'ospedale, si sono manifestati varî inconvenienti: per es., professori e studenti lamentano di dover perdere molto tempo solo per andare e venire. Si è rimediato, in parte, costruendo un grande dormitorio per studenti; ma molti studenti preferiscono dimorare in città, presso le famiglie, con più agio e più economia.

Il sanatorio di Montecatone.

Si erge nei pressi d'Imola, a cavaliere delle valli del Santerno e della Sellustra. Si tratta di un centro di cura capace di oltre 300 letti, dotato di ogni conforto moderno. La pianta è a forma d'immenso aeroplano. L'edifizio raggiunge la lunghezza di circa 200 metri e termina con una terrazza che si apre sulla pianura romagnola; nel mezzo ha sede la chiesa. I lavori hanno presentato speciali difficoltà, a causa delle molte frane; si sono dovuti muovere più di 300 mila mc. di terra. Mancano ora soltanto le rifiniture interne, perchè il sanatorio possa cominciare a funzionare.

Esso è sorto in seguito ad una generosa elargizione della Cassa di Risparmio, che offrì alla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali la somma di 600.000 lire, allo scopo di costruire un padiglione antitubercolare presso l'Ospedale Civile di Imola; poi l'offerta fu completata con l'acquisto del terreno necessario: 25 ettari, in cui sorgono due ville, per un valore complessivo di circa un milione e mezzo. Il progetto appartiene all'Ufficio Tecnico della C. N. A. S.

Economie negli ospedali tedeschi.

Una Federazione ospedaliera ha pubblicato, in Germania, le direttive e le norme per realizzare delle economie nei consumi. Ad esempio, si propone di sostituire il caffè genuino con surrogati, salvo indicazioni speciali (i piantatori di caffè del Brasile non approveranno questa innovazione); di sostituire il burro con buoni grassi vegetali; di sostituire il pane bianco con pane bigio, tutte le volte che la sostituzione è giudicata possibile senza danni; di stabilire acquisti diretti per gli animali da macello; di provvedere cibi sani, più che cibi costosi. Si propone inoltre di limitare il numero delle accettazioni e la durata dei periodi di degenza. Si crede, così, di poter fronteggiare meglio la crisi; qualcuno pensa che si concorre ad aggravarla.

Le cinematografie mediche.

Sotto gli auspicî della Società degli amici dell'Università di Parigi, il prof. Gosset ha tenuto, nel grande anfiteatro della Sorbona, una conferenza sul cinematografo nell'insegnamento medico e chirurgico. Ha tracciato la storia di questa applicazione e poi ne ha esposto lo sviluppo attuale e le possibilità. Ha annunziato la costituzione di un Comitato di studi medico-chirurgici mediante il cinema.

Ha fatto seguire la proiezione di 4 pellicole sonore, riguardanti la broncoscopia, con commenti del prof. Léon Bernard; la biopsia, con un'esposizione del prof. Roussy: due operazioni chirurgiche (un'appendicectomia ed una mammillectomia) eseguite dal prof. Gosset; queste due ultime pellicole erano precedute, ciascuna, da un'esposizione illustrata con disegni animati molto dimostrativi.

Associazione di diabetici.

Il noto scrittore inglese H. G. Wells, il quale soffre di diabete, ha invitato tutti i « colleghi in diabete » a costituire un'associazione, con lo scopo di aiutare il « King's College Hospital » di Londra, il quale ha un reparto per diabetici, diretto dal prof. H. D. Lawrence, e di attestare la propria gratitudine verso la medicina moderna, che ha fatto moltissimo in pro' dei diabetici. Egli ha raccolto una somma di oltre 50.000 lire it. e l'associazione va ingrandendosi. Al banchetto annuale che dà l'ospedale, l'associazione sarà rappresentata in un tavolo a sè.

Un po' dovunque.

Il 3° Consiglio e il 5° Congresso del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici è indetto a Roma dal 29 al 31 gennaio. Nella discussione morale e finanziaria avranno speciale rilievo le mutue sanitarie, il cumulo delle cariche retribuite, gli ambulatorî, la pletora medica, le specialità medicinali ecc.

Tutta l'Italia ha celebrato, il 24 dicembre, con fervida adesione di popolo in un'atmosfera di alta idealità, la « Giornata della Madre e del Fanciullo » voluta dal Duce per esaltare la santità della famiglia.

A Roma la cerimonia si è svolta alla presenza della Principessa Maria.

Il 2° Congresso neurologico internazionale è annunziato a Londra per i giorni 5-10 agosto.

Il 4° Congresso internazionale di tecnica sanitaria e d'igiene urbanistica si terrà successivamente a Tel-Aviv, Gerusalemme, Haiffa e Giaffa, nel prossimo dicembre.

Nello scorso settembre si è tenuta a Praga una sessione del « Collegium Otorhinolaryngologicum Amicitiae Sacrum », sotto la presidenza del prof. Antonino Precechtel. Principale tema in discussione fu « il fenomeno di Wever-Bray » su relazione del prof. S. J. Crowe di Baltimora.

Il 10° Congresso internazionale di gastro-enterologia avrà luogo a Bruxelles nel 1935 in occasione dell'Esposizione universale.

Nei giorni 2-3 ottobre ebbe luogo a Baden, presso Vienna, il 9° convegno dei medici delle regioni alpine; vi parteciparono circa 400 medici, tra cui alcuni dell'Italia settentrionale; erano presenti molte medichesse. Furono in discussione tre temi: Malattie e ferite del pancreas; Infezioni da bacillo di Bang nell'uomo; Il problema dell'aborto.

Il 3 dicembre venne costituita a Udine, nell'Ospedale Civile di S. Maria della Misericordia, la Sezione Giulia della Società Italiana di Pedia-

tria; v'intervennero molti aderenti e rappresentanti. Il prof. G. Berghinz, nominato presidente, tenne il discorso inaugurale. Seguirono comunicazioni di G. Berghinz, Cantarutti, N. Finzi, Accordini, B. Pincherle, Jacchia, Gironcoli, G. Minciotti. La segreteria venne affidata al dott. G. Minciotti.

La Società piemontese di chirurgia si è adunata l'11 e il 25 novembre e il 9 dicembre, sotto la presidenza del prof. O. Uffreduzzi; furono fatte comunicazioni dai soci Stropeni, Uffreduzzi e Roasenda, E. Micheli, C. F. Bianchetti, L. Caporale, M. Buisson, S. Teneff, M. Mairano, M. Dogetti, D. Biolato, M. Fasano, O. Finzi, F. Placco, G. Canavero.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 24 novembre, sotto la presidenza del consigliere prof. G. Castiglioni; furono fatte comunicazioni da G. Galli, G. Negroni, G. Nogara, M. Donati.

La Società medico-chirurgica veronese si è adunata il 4 dicembre. È stato nominato il nuovo Consiglio di Presidenza, che è risultato così composto: dott. F. Delaini presidente, prof. A. Austoni vice-presidente, proff. A. Rossi e A. Romani consiglieri, prof. G. Zanni segretario. Il prof. M. Artom fece il resoconto del primo biennio della Società; seguirono comunicazioni di O. Viana, A. Rossi, M. Artom, G. Zanni, E. Fiorini.

Un corso complementare d'igiene pratica per laureati avrà luogo presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Torino (via Bidone 37), dal 1° febbraio al 31 marzo. Chiedere annunzio.

Il 5 dicembre il prof. Leone Lattes ha tenuto la sua prolusione al corso di medicina legale nella R. Università di Pavia, trattando il tema: « Eredità, atavismo e degenerazione ».

L'8 novembre il prof. Cesare Bruni ha tenuto la prolusione al corso di anatomia umana normale nella R. Università di Bologna, sul tema: « Gli apparecchi di difesa dell'organismo umano ».

Il 28 ottobre fu inaugurato a Genova il nuovo Dispensario provinciale antitubercolare in via Lagaccio, considerato come centro dispensariale tipo, realizzato dal Consorzio provinciale antitubercolare; ha per scopo l'accertamento, la profilassi e la cura dei tubercolotici poveri; notevole è per le installazioni dei laboratori.

Il 30 ottobre fu inaugurato il nuovo Istituto marino « Dux » costruito sul litorale di Jesolo dal Consorzio antitubercolare di Treviso; la grandiosa opera può ospitare 650 profilattici ed è costata 5.313.000 lire.

Il 22 novembre furono inaugurati, nell'« Ospedale della Vita » per tubercolotici a Napoli, il gabinetto radiologico e alcune sistemazioni ospedaliere.

Il viaggio in Italia di una Delegazione di medici spagnoli, del quale demmo già notizia, è stato rinviato per il peggiorare della situazione interna politica della Spagna.

Il prof. Arturo Castiglioni ha tenuto una serie di conferenze in alcune Università degli Stati Uniti, sullo sviluppo della medicina in Italia; ha avuto molto successo.

Il prof. Iginio Tansini, emerito direttore della Clinica chirurgica della R. Università di Pavia, ha tenuto il 9 dicembre una conferenza al Sindacato Medico di Milano, sulla lotta contro il cancro.

Il prof. Enrico Ronzoni, direttore dell'Istituto d'igiene della R. Università di Milano, ha iniziato alla « Pro Cultura » di questa città un corso d'igiene medica trattando della « Profilassi delle vie del respiro dell'uomo ».

Sir Thomas Lewis, il noto cardiologo inglese, ha tenuto una conferenza harveyana, al Collegio dei Medici inglese. Egli ha lumeggiato il concetto che i clinici possono contribuire molto efficacemente al progresso della medicina qualora sappiano coltivare anche la patologia sperimentale: ne fu una prova Harvey, il quale esercitò la medicina pur dedicandosi alla fisiologia. L'oratore stesso tenta ora questa via; difatti egli dirige l'Istituto di medicina sperimentale fondato dal Consiglio delle Ricerche Mediche presso l'« University College Hospital ». I compartimenti stagni tra le discipline mediche andrebbero spezzati.

Il prof. Ludwig Fraenkel, già direttore della Clinica ostetrico-ginecologica di Breslavia, profugo dalla Germania, ha organizzato un ciclo di conferenze a Buenos Aires, ove è ospitato nell'Istituto di maternità, diretto dal prof. Alberto Peralta Ramos. Le conferenze, illustrate da cinematografie e da altri mezzi dimostrativi, importano la tassa d'iscrizione di 30 pesos.

S. M. la Regina ha inaugurato a Fara Sabina due preventorî della Croce Rossa Italiana, destinati l'uno alle bambine e l'altro ai bambini, intitolati rispettivamente a Jolanda di Savoia e ad Emilio Maraini; occupano due fabbricati già sede dei conventi dei Frati Minori e dei Benedettini, l'uno acquistato dalla Croce Rossa, l'altro donato dalla vedova Maraini.

Il 20 settembre venne inaugurato un nuovo Ospedale generale per il personale della marina da guerra degli Stati Uniti, a Hot Springs; è capace di 412 letti ed è costato un milione e mezzo di dollari; ha forma di V e conta sei piani, oltre le soprastrutture. È costruito in cemento armato (ma colorato in mattone pallido, con ornamenti d'alluminio, bronzo e terre cotte).

È stato costituito un servizio di consulenza medica per radio, destinato alla seconda spedizione antartica dell'ammiraglio Richard E. Byrd. Esso è organizzato in modo che possa dare consultazioni in qualsiasi ora del giorno e della notte.

Il Consiglio Federale Svizzero ha deciso che soltanto i sudditi svizzeri vengano ammessi agli esami federali per l'esercizio delle professioni sanitarie. Sarà fatta eccezione per i sudditi dei paesi con i quali sussiste reciprocanza. L'attuale decisione non ha vigore per gli studenti già immatricolati nelle università svizzere.

Il premio Nobel per la letteratura è stato assegnato per il 1933 al romanziere finlandese Francesco Emilio Sillampeè, il quale ha compiuto gli studî di medicina; conta 45 anni.

Da Roma si sono recati in volo a Tunisi l'on. Parini, direttore generale degli italiani all'estero, e il sen. R. Bastianelli; ricevuti all'aeroporto dalle autorità cittadine, furono accompagnati dal console generale Bobieri a visitare l'Ospedale italiano e altre istituzioni sanitarie.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Münch. Med. Woch., 20 ott. — J. S. SCHWARZMANN. Azioni terapeutiche di alcuni estratti di tessuti.

Arch. It. di Chir., sett. — P. FOLTZ e G. CANAVERO. Actinomicosi polmonare e toracica. — M. CATTANEO. La prova di Frei nella linfogranulomatosi inguin.

Acta Med. Scand., III. — H. HECKSCHER. Miosite epidemica; sierosite. — Suppl. LIII. G. A. GÖTHLIN. Azione antiscorbutica di vegetali.

Presse Méd., 18 ott. — E. RIST e M. SIMON. Il contagio tbc. nelle infermiere.

Rif. Med., 7 ott. — G. IZAR e S. FAMULARI. Azione delle onde corte su alcuni germi. — E. BERNABEO e C. STEFANELLI. Possibilità di diagn. biologica dell'appendicite.

Proc. R. Soc. Med., ott. — Discussione sull'inerzia uterina. — Casistica.

Ann. Inst. Pasteur, ott. — G. RAMON e M. DJOURICHITCH. Vaccinazioni associate. — D. BOVET e al. Nuovi prodotti attivi contro la malaria aviaria.

Lancet, 21 ott. — T. LEWIS. La scienza clinica.

Med. Welt, 21 ott. — H GROLL. Aterosclerosi. — W. PSCHYREMBEL. Angina pectoris e comportamento colloidale del siero. — S. KOLLER. Volere e sapere.

Med. Klinik, 20 ott. — E. WEHNER. La vasectomia per la sterilizzazione. — E. URBACH. Propeptonterapia delle allergosi alimentari.

Clin. Chir., sett. — A. TADDEI. « Mioma rosso » dell'utero.

Revue Méd. d. Sc. Méd., ott. — A. LANDAU e I. HERCENBERG. Gli stati ipoglicemici.

Arch. p. le Sc. Med., ott. — G. DOMINICI e G. MARENGO. Bilirubinemia. — E. MOLFESE e D. DE-ALESSI. Uremia.

Indice alfabetico per materie.

Acne: trattamento . . . . *Pag.* 28
Agranulocitosi nelle infezioni: significato clinico e valore prognostico . . . » 7
Bevande: azione sull'uomo in riposo ed in lavoro . . . . » 29
Bibliografia . . . . » 23
Cervello: varici aneurismatiche arteriovenose . . . . » 20
Circolazione: velocità in clinica . . . . » 25
Coliche epato-biliari senza calcoli . . . » 26
Concorsi: osservazioni sintetiche . . . . » 30
Cronaca del movimento professionale . » 32
Eczema infantile: trattam. . . . . » 27
Epatite: genesi probabilmente tubercolare . . . . » 27
Ernia addominale laterale spontanea strozzata . . . . » 25
Influenza: l' — . . . . » 14
Insulina: azione sull'eliminazione di bilinogeno . . . . » 25
Ipoglicemie spontanee . . . . » 25
Ittero epidemico cosidetto catarrale a decorso prolungato e con ascite . . . *Pag.* 2
Malaria: nuove ricerche sui parassiti . » 29
Malattie nervose: terapia fisica . . . . . » 17
Micosi fungoide . . . . » 25
Occhi: affezione acuta da insetti . . . . » 25
Occhi: distrofia corneale . . . . » 25
Proctologia: nozioni pratiche . . . . . » 21
Paratifo C . . . . » 4
Pugilato: conseguenze neuro-psichiche » 22
Radiologi e ginecologi . . . . » 30
Reazione Citochol nella sifilide . . . . . » 28
Reni: esame funzionale . . . . » 25
Scarlattina: etiologia . . . . » 16
Sguardo « fiero » del poppante . . . . . » 28
Tabacco causa di grave intossicazione per via percutanea . . . . » 25
Ufficio internaz. d'igiene pubblica . . . » 31
Ulcere gastro-intestinali: dolore . . . . » 20
Vescichetta biliare: ipercinesia nelle stenosi iustavateriane incomplete del coledoco . . . . » 26

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 15 Gennaio 1934 - XII Num. 2

"IL POLICLINICO„

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: S. Manca: Emiplegia totale sinistra da meningo-encefalite della prerolandica di natura influenzale.

Note e contributi: U. Bani: Azotemia ed indice di acidosi esaminate comparativamente per il valore prognostico degli operandi.

Epidemiologia: A. Andreotti e F. Carito Scamarcio: L'anchilostomiasi alle porte di Napoli.

Sunti e rassegne: DISENDOCRINOPATIE: S. De Candia: Due nuove forme di nanismo endocrino: il nanismo paratiroideo di Pende ed il matronismo precoce di Pende. — H. J. John: Malattia di Mikulicz e diabete. — AFFEZIONI CUTANEE: A. Sézary: Eczema e allergia — M. Albeaux-Fernet e P. Collart: Le concezioni attuali dell'herpes. — MISCELLANEA: C. Krachen: La linfogranulomatosi maligna. — M. Harris, E. Brand: Ricerche sul metabolismo e sulla terapia delle miopatie. — J. Fernandez: Trattamento sclerosante delle varici coi sali di chinina.

Divagazioni. A. Lumière: E' realmente contagiosa la tubercolosi?

Cenni bibliografici.

Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Medico-Chirurgica di Catania. — Accademia Pugliese di Scienze. — Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Sulle complicazioni delle febbri specifiche (specialmente scarlattina e morbillo). — Le eruzioni cutanee influenzali. — Il collasso nella tifoide. — Il comune raffreddore. — La terapia della febbre ondulante. — Nell'influenza. — SEMEIOTICA: La prova di Frei nella linfogranulomatosi inguinale. — Sulla reazione linfocitocitaria della pelle. — MEDICINA SCIENTIFICA: La presenza del bacillo difterico nelle laringiti post-morbillose a decorso prolungato. — VARIA.

Nella vita professionale: Servizi igienico-sanitari. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Emiplegia totale sinistra da meningo-encefalite della prerolandica di natura influenzale.

Dott. SERAFINO MANCA.

Il capitolo inerente allo studio delle complicazioni dell'influenza è stato, specie in questi ultimi anni, oggetto della massima attenzione da parte degli studiosi, i quali non hanno mancato di metterne in rilievo la notevole importanza e di descriverne accuratamente i diversi quadri morbosi. E che tali studi siano stati accurati e assidui era giusto e, diremo, indispensabile, se consideriamo il fatto che l'influenza uccide un gran numero di persone non tanto perchè è per sè stessa una malattia grave, quanto perchè paralizza le forze difensive dell'organismo, favorendo lo stabilirsi di complicazioni, che sono quelle che, purtroppo, portano, nella maggior parte dei casi, all'esito letale.

Le autopsie di casi d'influenza non complicata sono molto rare. Tali complicazioni sono numerosissime; noi cercheremo di passare in rassegna solamente e brevemente quelle che rivestono una maggiore importanza; una descrizione ampia e dettagliata di ognuna di esse ci porterebbe fuori del nostro campo.

Non vi è dubbio che le complicazioni predominanti dell'influenza sono in genere a carico dell'apparato respiratorio. Nella maggior parte dei casi la causa di morte è, pertanto, una broncopolmonite o una polmonite, che rivestono, come sappiamo, una forma speciale, tipica dell'influenza. Molto frequenti sono pure gli empiemi che quasi sempre sono para- o meta-pneumonici; ma sappiamo d'altronde che sono stati descritti casi di empiema di natura influenzale, senza che contemporaneamente esistesse una polmonite palese: non è da escludersi però, che in simili evenienze, siasi trattato d'un piccolo focolaio pneumonico centrale, sfuggito ai comuni mezzi d'indagine se-

meiologica. Sappiamo inoltre che le complicazioni polmonari di natura influenzale non sempre acutamente iniziano e in modo acuto, diremo, finiscono. Esse possono, e non eccezionalmente, assumere un decorso cronico, portando gli infermi a un grado di notevole astenia e sopratutto preoccupandoli, poichè in essi subentra spesso il sospetto che possano essere affetti da una lesione specifica tubercolare. E tale sospetto può insediarsi, finchè non siano espletate più ampie e dettagliate indagini, pure nella mente del medico, in quanto anche clinicamente e radiologicamente queste lesioni possono presentare un quadro molto simile a quello tubercolare; la diagnosi poi si complica maggiormente se consideriamo il fatto che su tali forme è abbastanza frequente l'impianto di forme specifiche. Il decorso ulteriore e gli altri esami complementari potranno in seguito diradare ogni dubbio.

Anche le complicazioni cardiache, pur senza avere l'importanza delle complicazioni respiratorie, si presentano con una frequenza assai grande, specialmente in certe epidemie. È stata così notata, in genere in seguito a polmonite, l'endocardite, d'ordinario vegetante, talvolta ulcerosa, e non raramente la pericardite, spesso purulenta, per propagazione diretta da empiemi della pleura. Frequentemente osservate sono state pure alterazioni più o meno gravi a carico del muscolo cardiaco.

Non molto frequenti, ma nemmeno tanto rare, sono le complicazioni a carico del tubo gastro-enterico, che in genere si presentano sotto due forme: o quella di una peritiflite o sotto la forma di un'enterite più o meno grave. L'appendicite da influenza è rara, pur essendo stata osservata qualche volta e lo stesso dicasi della peritonite, presentatasi eccezionalmente sotto forma purulenta, per propagazione, attraverso i linfatici del diaframma, da un empiema della pleura.

Frequenti sono anche le emorragie, osservate spesso in certi periodi: emottisi, gastrorragie, enterorragie, ematurie, ma specialmente frequente si presenta l'epistassi.

Fra le altre complicazioni dell'influenza abbiamo quella a carico del naso (rinite), dell'orecchio (otite), del faringe e del laringe. Degne di menzione, sebbene rare, sono pure le affezioni oculari (congiuntivite, cheratiti, neuroretiniti, glaucoma, ascessi e flemmoni orbitali, oftalmie ecc.).

I reni nell'influenza si può dire che siano abitualmente compromessi, pur trattandosi spesso di fatti minimi, estrinsecantisi con la cosidetta albuminuria febbrile, così comune, come sappiamo, in quasi tutte le malattie infettive; qualche volta però trattasi di una vera glomerulonefrite o di una nefrite emorragica.

Frequenti sono pure le alterazioni muscolari per lo più in forma leggera e consistenti in dolori diffusi, specie ai muscoli del dorso e dei lombi; qualche volta sono state riscontrate all'autopsia emorragie muscolari; rari sono gli ascessi muscolari.

Abbiamo poi le complicazioni ossee: periostiti, osteiti ed osteomieliti, ma specialmente colpite, sebbene per lo più modicamente, sono le articolazioni; eccezionali sono le artriti purulente.

Non ci rimarrebbe adesso che da riferire delle complicazioni dell'influenza sul sistema nervoso, sia centrale che periferico, le quali, è notorio, rivestono una particolare importanza e di cui fa parte lo studio da noi intrapreso. Di esse però ci riserviamo di parlarne in proseguo. Veniamo ora all'interessante illustrazione del caso capitato alla nostra osservazione:

S. D., fu Giocondo, da Monteleone di Spoleto. Attuale dimora Roma, spazzino, coniugato, anni 36. Entrato in Clinica il 29-XII-1932.

Gentilizio: Padre morto a 75 anni di malattia imprecisabile. Madre vivente e sana; essa ha avuto 5 gravidanze condotte a termine; non aborti; i figli son tutti viventi e, ad eccezione del nostro paziente, godono buona salute. *Anamnesi fisiologica*: nato da parto eutocico, ha avuto allattamento materno; normali furono i primi atti fisiologici di dentizione e deambulazione. Ha frequentato le scuole fino alla 3ª elementare. Ha fatto il pastore fino all'età di 19 anni. Nel 1915, allo scoppio della guerra, fu chiamato sotto le armi; prestò per parecchio tempo servizio al fronte. Venne congedato ai primi del 1919. Dal 1921 ha fissa dimora a Roma, ove ha disimpegnato prima il mestiere di facchino, poi quello di fontaniere; da un anno fa nuovamente il facchino. A 28 anni contrasse matrimonio con donna apparentemente sana, la quale ha avuto 4 gravidanze condotte a termine; non aborti. Due dei figli sono morti in tenera età: uno per difterite e l'altro per scarlattina; gli altri due sono viventi e sani. Modico bevitore (1/4 litro di vino al giorno); non fumatore.

Anamnesi patologica: non sa dire se abbia o no sofferto delle comuni malattie esantematiche. Come non pare abbia sofferto di malattie degne di particolare menzione durante l'adolescenza, se si eccettuano modici raffreddori, specie nelle stagioni invernali, ma per i quali non fu mai costretto a mettersi a letto, nè mai sospese di lavorare. A 21 anni mentre trovavasi a Vicenza a prestare servizio militare, si contagiò, non ricorda esattamente quanti giorni dopo l'ultimo coito, di un'ulcera unica localizzata al glande, che si complicò alcuni giorni dopo con adenite inguinale bilaterale. Ricoverato in ospedale fu fatta diagnosi, a quanto riferisce l'infermo, di ulcera molle; gli

ingorghi glandolari furono incisi. L'ulcera guarì con cure locali; non furono praticate cure generali. In seguito stette sempre bene e non ebbe più a soffrire disturbi tali che potessero in qualche modo richiamare la sua attenzione: non eruzioni cutanee, non cefalea, nè altri fatti particolari; e questo sino al giorno 19 dicembre, sino cioè a 10 giorni prima del suo ingresso in Clinica. In tal giorno, quasi improvvisamente, fu colpito da senso di malessere generale e da raffreddore che in principio modico, divenne in breve molto intenso. A tale disturbo il giorno dopo si unì vivo mal di gola, cefalea, dolori diffusi a tutto il corpo, ma con maggior intensità ai lombi e al dorso, febbre (37°,5-38°) preceduta da modico brivido e tosse con scarso espettorato. Pur in quelle condizioni il paziente, per paura che potesse venir meno al proprio dovere, continuò a recarsi al lavoro e a disimpegnare, come di norma, le sue mansioni di facchino. Dopo 3-4 giorni a tali sintomi si aggiunse spiccato dolore alla base dell'emitorace destro; la febbre, preceduta spesso da brividi, si fece più elevata (38°,5-39°), la tosse più insistente e accompagnata da espettorato muco-purulento; accusò inoltre affanno che si accentuava notevolmente negli sforzi; le notti le passava quasi sempre insonni. Nonostante l'aggravamento dei disturbi il paziente continuò sempre a recarsi al lavoro. La mattina del giorno 27, due giorni cioè prima del suo ricovero in corsia, uscì per tempo di casa (ore 5 antimeridiane) per recarsi come al solito al lavoro; ma verso le 10 dovette senz'altro rincasare perchè in preda a senso di notevole prostrazione e abbattimento; lamentava inoltre uno stato di insolita stanchezza e debolezza al braccio sinistro. Messosi a letto si accorse, poco dopo che detto braccio era divenuto completamente immobile e non poteva menomamente sollevarlo dal piano del letto. Quasi contemporaneamente dalla moglie fu notato che la bocca era divenuta storta e un po' stirata verso destra. A tali disturbi fecero seguito delle scosse che, da come vengono descritte dalla moglie del paziente, avevano l'aspetto delle scosse tonico-cloniche a tipo jacksoniano, che prendevano tutto il braccio e la parte inferiore della metà sinistra della faccia. Verso mezzogiorno, dopo cioè circa 2 ore, all'immobilità del braccio seguì, quasi di colpo, l'immobilità della gamba sinistra che, sino allora, era rimasta illesa. In seguito l'infermo ebbe ripetute volte scosse simili a quelle descritte, che iniziavano generalmente al braccio, si diffondevano alla gamba e in ultimo prendevano i muscoli innervati dal facciale inferiore sinistro. La favella divenne stentata e poco chiara; però l'infermo capiva tutto e rispondeva in modo da farsi intendere. Non ebbe vomito, non disfagia, nè altri disturbi degni di particolare menzione. È da notare però il fatto che il paziente era molestato da cefalea, che modica e diffusa a tutto il capo nei primi giorni, erasi in seguito fatta intensa e localizzata quasi esclusivamente alla regione temporo-parietale di destra. Non diplopia, ma solo modicissima ambliopia.

E. O. Sensorio e psiche integri. Costituzione morfologica regolare. Decubito preferito supino. Cute di colorito bruno pallido. Lieve cianosi dei prolabi e dei pomelli. Non edemi agli arti inferiori nè in altre parti del corpo. Masse muscolari di tono e trofismo normali. Pannicolo adiposo sottocutaneo ben conservato. Polso ritmico, tachicardico (120 al m'), ipoteso. Respiro frequente (45 al m'), superficiale. Capo: di forma e volume normali; pure normale è la sua mobilità; non rigidità nucale. L'angolo labiale di sinistra è stirato in basso; il che si mette nettamente in evidenza invitando il paziente a digrignare i denti. La piega naso-labiale di sinistra è quasi completamente scomparsa. Se al paziente si fa corrugare la fronte, si nota che le rughe frontali si formano come di norma sia nella metà destra che in quella sinistra; pure normale è la chiusura dei globi oculari, senza che sia apprezzabile chiara differenza fra un lato e l'altro. Nulla a carico degli altri nervi cranici. Oculomozione normale; pupille isocoriche, a contorni regolari, ben reagenti alla luce e alla accomodazione. Faringe notevolmente arrossato; tonsille arrossate, tumefatte e quella di destra coperta da un essudato biancastro. Lingua patinosa nel mezzo e arrossata ai margini e alla punta, piuttosto asciutta. Dentatura sana. Collo di forma e volume normale; pure normale è la sua base d'impianto. Nulla a carico della tiroide. *Torace*: all'ispezione statica il torace appare piuttosto aumentato nei suoi vari diametri; non esistono deviazioni abnormi della colonna vertebrale; spazi intercostali poco visibili; fosse sopra- e sottospinose poco evidenti. All'ispezione dinamica si nota che le due metà del torace si espandono poco e la metà destra molto meno della omonima di sinistra. Fremito vocale tattile aumentato su quasi tutto l'emitorace destro; pressochè normale a sinistra. Percussione: il suono di percussione è chiaro polmonare sull'emitorace sinistro, mentre è chiaramente ridotto sull'emitorace destro, specie alla base. Gli apici stanno ad eguale altezza a livello della prominente; la base di sinistra si espande come di norma, mentre quella di destra è quasi completamente immobile. Ascoltazione: respiro un po' aspro a sinistra ove sono pure udibili ronchi, sibili e rantoli umidi a medie e piccole bolle. Sull'emitorace destro il respiro è nettamente indebolito e accompagnato da ronchi, da rantoli umidi a medie e piccole bolle e da gruppi di rantoli crepitanti sparsi su quasi tutto l'emitorace, ma specie alla base. *Cuore*: non bozza precordiale; non ectasie venose abnormi; la punta non è visibile. Essa si palpa e si delimita con la percussione al V spazio intercostale, all'interno dell'emiclaveare; il margine sinistro incrocia la terza costola sulla parasternale e la quarta costola tra la parasternale e l'emiclaveare. Il margine destro arriva quasi alla marginale omonima. Toni cardiaci, ritmici, frequenti, abbastanza netti, non accompagnati da rumori patologici. *Addome*: di forma e volume normale; non presenza di reticolo venoso; pareti bene trattabili, indolenti; non presenza di ottusità libera nel cavo addominale. *Fegato*: in alto al 5° spazio intercostale sull'emiclaveare; in basso palpabile solo nelle profonde inspirazioni. *Milza*: in alto alla 9ª costola sull'ascellare media; non si palpa il suo polo inferiore. *Arti*: superiore sinistro: completamente immobile; masse muscolari contratte e opponenti una netta resistenza ai movimenti passivi; riflessi tendinei e periostei accentuati; sensibilità (tattile, termica e dolorifica) praticamente parlando normale. Pure totalmente immobile e contratto è l'arto inferiore sinistro, con riflessi tendinei (patellare e achilleo) fortemente aumentati e con palese accenno alla trepidazione epilettoide; non clono del piede nè della rotola. Babinski e Oppenheim evidentissimi. Sensibilità normale. Arto superiore e inferiore destro: praticamente parlando normali.

RICERCHE COLLATERALI.

Esame delle urine: aspetto torbido; colore arancione; reazione acida; densità 1030; albumina traccie; glucosio lieve riduzione; acetone assente; urobilina +; pigmenti biliari assenti; sangue assente; indacano assente; urea 24,18 %; acido urico 0,28 %; cloruri 6,67 %.

Sedimento: numerosissimi urati amorfi; qualche leucocita; molte cellule di sfaldamento.

Esame del sangue: Hb 61; gl. rossi 4,500.000; v. gl. 0,67; gl. b. 8,700; neutr. 83; eos. 2; bas. 0; mon. 5; linf. 9.

Pressione arteriosa: Mx 115; Mn. 70; azotemia 0,48 %.

Liquor: quantità estratta, 20 cmc., con pressione iniziale di 42 e finale di 44 cmc. Gli esami di esso hanno dato: albumina 0,40 %. Reazione di Pandy +. Reazione di Nonne-Appelt negativa. Reazione di Wasermann negativa. Sedimento: costituito quasi prevalentemente da polinucleati.

Esame del fondo dell'occhio: normale.

Reazione di Wassermann, di Meinicke e di Kahn nel sangue: completamente negative.

Tali la storia, l'esame obiettivo e le ricerche collaterali, rapidamente praticate, cui ci trovavamo di fronte all'ingresso del paziente in Clinica. Trattavasi cioè d'un quadro nosologico, che, senza dubbio, rivestiva una singolare importanza in rapporto alla sindrome nervosa, alla quale doveva essere rivolta tutta la nostra attenzione per una discriminazione diagnostica. Abbastanza agevole riusciva infatti la diagnosi degli altri fenomeni morbosi, che l'infermo presentava.

Come è facile intuire, una delle prime ipotesi, che s'affacciava alla nostra mente per l'interpretazione patogenetica dell'emiplegia, a tipo nettamente spastico, data l'insorgenza piuttosto brusca dei fatti paralitici e la persistenza di essi immutati sin dall'inizio, era quella che si potesse trattare di un'emorragia cerebrale, di un *ictus* cioè, che avesse colpito, in coincidenza di una malattia acuta febbrile, uno dei rami della Silviana e precisamente la lenticolo-striata di destra, ledendo le fibre di moto al loro passaggio nella capsula interna. Ma se alcuni fatti potevano far propendere il pensiero in favore di tale possibilità, altri se ne scostavano nettamente. Anzitutto mancava una causa etiologica, che potesse mettersi in rapporto con un insulto apoplettico. È noto come una delle cause più frequenti dell'apoplessia sia l'arteriosclerosi, che portando a una diminuzione di resistenza delle pareti vasali ne facilita la rottura. Ma l'età del paziente relativamente giovane, la mancanza di intossicazione da alcool, da tabacco o da qualsiasi altra sostanza, che avesse potuto favorire il formarsi dell'arteriosclerosi; il fatto, anche se non indispensabile, che mancava qualsiasi altro segno di arteriosclerosi tanto nei vasi periferici quanto a carico dell'aorta; la mancanza di eredità che, indubbiamente, ha pure la sua importanza, ci facevano escludere tale ipotesi. Si sa poi che l'arteriosclerosi per sè stessa non è spesso sufficiente per la determinazione dell'*ictus*. Alla sua produzione si accompagna in genere l'esistenza di un secondo fattore: l'aumento cioè della pressione sanguigna. Questa invece era all'ingresso del paziente in Clinica al disotto della norma (Mx:115 - Mn:70) e nessun segno eravi a carico dell'apparato cardio-vascolare che avesse fatto supporne una pregressa esistenza. L'infermo non era poi affetto da nefrite cronica o da nefro-sclerosi, che, come sappiamo, si accompagnano a ipertensione e facilmente predispongono alle emorragie cerebrali. Un'importanza causale notevole, nel determinismo delle emorragie del cervello, spetta pure alla sifilide (piccoli aneurismi-endoarterite), benchè questa produca più spesso il rammollimento cerebrale. Nel nostro paziente appoggiava il sospetto d'una pregressa infezione luetica il fatto che egli, come risulta dalla storia, si contagiò, all'età di 25 anni, di una ulcera unica, localizzata al glande. Ma il medico, che allora lo visitò, ebbe a dichiarare che trattavasi di un ulcera molle; il paziente non ebbe a soffrire in proseguo disturbi tali che potessero mettersi in rapporto con una infezione Schaudiniana (non roseola, non cefalea notturna ecc.); l'esame obiettivo è stato negativo per tutti quei dati che potevano risvegliare il sospetto di una lues (non ghiandole epitrocleari, nè nucali; non cicatrici da eventuali pregresse gomme; non lesioni a carico della aorta, non disturbi oculari ecc.); la moglie non ha mai abortito, e le reazioni di Wassermann, Meinicke e Kahn sono state completamente negative tanto nel sangue che nel liquor. Come pure non eravi alcun dato che potesse far sospettare una forma congenita. La madre non ebbe infatti aborti e i figli erano tutti viventi e, ad eccezione del nostro paziente, in buona salute. Completamente assente era nell'infermo la cosidetta triade di Hutchinson, e cioè lesioni dell'orecchio interno, della cornea e dei denti, che sappiamo essere espressione di sifilide congenita. Per tutte queste ragioni ritenemmo poco probabile un'infezione luetica, sebbene, per metterci al riparo da eventuali sorprese, ritenemmo opportuno di praticare, appena il paziente entrò in Clinica, una cura endovenosa neosalvarsanica. Ma da altri elementi di non minore importanza ci veniva esclusa l'eventualità di un'emorragia cerebrale, in corrispondenza della capsula in-

terna: sappiamo infatti che questa porta quasi sempre a gravi disturbi della coscienza, che non raramente arrivano al coma; disturbi che nel nostro paziente erano invece completamente mancati. Il determinarsi dell'emiplegia avviene inoltre nell'*ictus* in modo brusco, mentre nel nostro caso, dal momento in cui si ebbe la paralisi del facciale inferiore e del braccio a quello in cui si determinò la paralisi della gamba, trascorsero due ore circa. Altro elemento di notevole valore per l'esclusione di tale forma noi trovavamo nelle scosse tonico-cloniche, a tipo jacksoniano, che eransi spesso presentate nei segmenti paralizzati, sia in casa del paziente che in Clinica, e che, come sappiamo, mancano quasi sempre nell'insulto apoplettico.

Scarse erano pure le probabilità in favore di una eventuale embolia di detta arteria. E ciò principalmente per il fatto che mancava la causa che potesse aver dato origine all'embolo. Non era infatti il nostro paziente portatore d'una endocardite, che, come sappiamo, può facilmente essere il punto di partenza di un embolo, per frammentazione di trombi formatisi sull'orecchietta o sul ventricolo sinistro o per depositi trombotici sulle valvole del cuore sinistro. Qualche volta è un aneurisma o l'arteriosclerosi dell'aorta o anche l'arteriosclerosi delle altre grosse arterie che fornisce il materiale embolico; ma nel nostro malato mancava qualsiasi segno di compromissione dell'apparato cardio-vascolare. L'embolismo dà poi luogo a una fenomenologia che, in buona parte, ripete quella dell'emorragia: avviene cioè l'emiplegia d'emblée, si hanno disturbi della coscienza più o meno gravi, rare sono le scosse epilettiformi. Un quadro quindi anche questo ultimo, che mal si addiceva con quello presentato dal nostro paziente.

Non crediamo sia nemmeno il caso di pensare a un'emorragia o embolia dei vasi che irrorano la prerolandica, in quanto che, come sappiamo, la vascolarizzazione di questa zona non è sotto il dominio di una sola arteria, ma di due e precisamente della cerebrale media (Silviana) che ne irrora i tre quarti inferiori, ove, procedendo dal basso all'alto, si trovano successivamente i centri motori del laringe, del faringe, dei muscoli masticatori, della lingua, del facciale inferiore, delle dita, della mano, dell'avambraccio, del braccio e della spalla, mentre il quarto superiore, ove risiedono i centri della coscia, gamba e piede, è irrorato dalla cerebrale anteriore. Per cui ammettendo tale ipotesi bisognerebbe anche ammettere una lesione vasale estesa alle due arterie (di natura emorragica ed embolica); il che non crediamo sia il caso di supporre. Più logica parrebbe la diagnosi di una trombosi, che abbia colpito, successivamente, parte dei rami corticali della Silviana e della cerebrale anteriore: con ciò potremmo spiegarci sia l'esordire graduale dei fatti emiplegici e sia i fenomeni convulsivi. Ma considerando il fatto che, come abbiamo detto, manca qualsiasi fattore etiologico alla cui natura sia riportabile un eventuale lesione vasale (arterite o aterosclerosi), su cui secondariamente possa essersi impiantata una trombosi e che questa è in genere preceduta da sintomi prodromici più o meno spiccati, che nel nostro paziente non vi sono stati affatto, crediamo di poter escludere anche quest'ultima evenienza.

Si sarà trattato d'una pachimeningite emorragica che abbia dato fenomeni compressivi nella prerolandica di destra, causando l'epiplegia? Con tale forma potremmo spiegarci, oltre i fatti paralitici, anche quei convulsivi che sappiamo essere quasi la regola in questa zona. Un certo appoggio a questa ipotesi lo darebbe anche il fatto che essa è stata frequentemente osservata in periodi di epidemia influenzale e che non raramente è accompagnata da disturbi broncopneumonici (Silvestrini-Guardabassi). Ma il quadro morboso, cui di norma dà luogo la pachimeningite emorragica ben poco si accorda con quello presentato dalla nostra paziente. Non mancano difatti quasi mai, nella pachimeningite emorragica, disturbi psichici, che certe volte lievi, possono non raramente essere così intensi da arrivare sino al coma completo. Frequente e intensa è la cefalea; si hanno di regola sintomi meningei più o meno notevoli. L'esame del fondo dell'occhio dà quasi sempre neurite ottica o papilla da stasi; tali disturbi oculari sono spesso più evidenti, quando il processo è unilaterale, dal lato del focolaio morboso. Ma un fatto che ha notevole importanza e che fa assumere una fisionomia clinica particolare alla pachimeningite emorragica è la variabilità della sintomatologia che essa presenta, oscillando i fenomeni in gravità da momento a momento, mentre nel nostro paziente la sintomatologia, da quando si è stabilita, non ha più subito variazioni di sorta. Raramente poi la pachimeningite emorragica dà luogo a fatti emiplegici completi, trattandosi il più delle volte di fatti paretici. Mancano inoltre totalmente nel nostro caso i momenti etiologici causali di questa forma.

Con grande facilità si può pure scartare la ipotesi relativa all'eventualità d'una emorragia

subaracnoidea, la cosidetta epistassi meningea: basta, oltre tutto il resto, la considerazione che il liquor è stato di colorito completamente normale e che i sintomi meningei sono mancati quasi completamente. Come pure crediamo si possa ugualmente escludere, per diverse ragioni, un'emiplegia da meningite sierosa, che, ricordiamolo, sebbene raramente, può aversi.

Da ricordare è inoltre il fatto che un'emiplegia può essere l'inizio di una meningite tubercolare; ma anche in questa sua insorgenza anormale, espressione di una forma grave di meningo cerebrite, non tardano a comparire gli altri sintomi che di essa sono i più frequenti e più comuni: dolorabilità e rigidità nucale, Körnig, Lasegue, disturbi oculari, ecc. Nel nostro caso è facile escludere anche questa forma.

Un'altra ipotesi che si poteva affacciare era quella di una eventuale neoplasia maligna o di un tumor cerebri in senso lato (gomma, echinococco, cisticerco, tubercolo ecc.), a causa dei quali, sia per azione diretta, ma specialmente per il determinarsi d'una emorragia, può insorgere, con una certa rapidità, un'emiplegia. Ma numerosi fatti stavano anche contro questa ipotesi. Anzitutto l'insorgenza troppo rapida della sintomatologia, dato che l'infermo sino a pochi giorni prima del suo ingresso in Clinica non aveva sofferto disturbo alcuno che poteva far sospettare l'esistenza d'una simile affezione morbosa. Mancavano poi i sintomi generali (cefalea, papilla da stasi, vomito, rarità del polso ecc.) cui un tumore del cervello dà luogo e che, come sappiamo, compaiono in genere prima dei sintomi locali. Abbiamo cioè nei tumori una serie di fenomeni, che mal si addicono con quelli presentati dal nostro paziente per cui, senza dilungarci oltre, crediamo di poter escludere anche questa ipotesi. Benchè, ricordiamoci, ci siano dei tumori cerebrali (gliomi, medulloblastomi ecc.) che decorrono silenti per lungo tempo e poi, spesso bruscamente danno luogo a una sintomatologia più o meno grave non esclusa l'emiplegia, cui può rapidamente seguire l'esito letale. Però anche in questi casi il tempo che trascorre dal momento in cui si istituiscono i primi sintomi morbosi a quello in cui si ha l'obitus, per quanto breve possa essere, non è in genere inferiore a uno-due mesi.

Non era nemmeno il caso di pensare a una emiplegia-tossica di natura uremica, in quanto, come abbiamo visto, nulla vi era a carico delle urine, della pressione sanguigna e del cuore che potesse far supporre l'esistenza di una lesione renale, e l'azotemia era normale (0,48‰). L'emiplegia uremica insorge inoltre in piena uremia cerebrale ed è corredata dagli altri sintomi dell'uremia, che nel nostro caso facevano completamente difetto.

Non ci rimaneva in ultima analisi che da pensare, data anche l'insorgenza e l'evoluzione di tutto l'insieme del quadro nosologico, a un processo morboso infettivo, che avesse colpito in modo quasi elettivo la prerolandica di destra, estrinsecandosi con sintomi prevalentemente encefalici e solo nodicamente meningei. E ciò per il fatto che di meningeo, tolta la cefalea localizzata alla regione tempoparietale di destra, di cui l'infermo erasi lamentato sin da alcuni giorni prima della comparsa dei sintomi paralitici e la positività del liquor, eravi clinicamente ben poco: non rigidità nucale, non Körnig, non Lasegue, non dolorabilità lungo le docce paravertebrali, non strie del Trousseau.

Una delle malattie infettive, che ha un'affinità elettiva per il sistema nervoso è, come sappiamo, l'encefalite epidemica, il cui agente patogeno non è ancora ben noto. Non eccezionali sono i casi descritti, specie in questi ultimi anni, di fatti paralitici a tipo nettamente emiplegico nel corso dell'encefalite epidemica. Ma di questa forma morbosa non eravi, nel nostro paziente, il minimo segno. Mancava infatti la sonnolenza che di essa sappiamo essere uno dei sintomi più classici; mancava la paralisi di qualsiasi nervo cerebrale, e specie degli oculari, che, come è noto, sogliono essere frequentemente colpiti, conseguendone spesso ptosi palpebrale, strabismo, diplopia; non disturbi coreici o mioclonici che spesso accompagnano la malattia. Per tutte queste ragioni ritenemmo poco probabile il rapporto dei fatti presentati dal nostro paziente con un'eventuale encefalite epidemica.

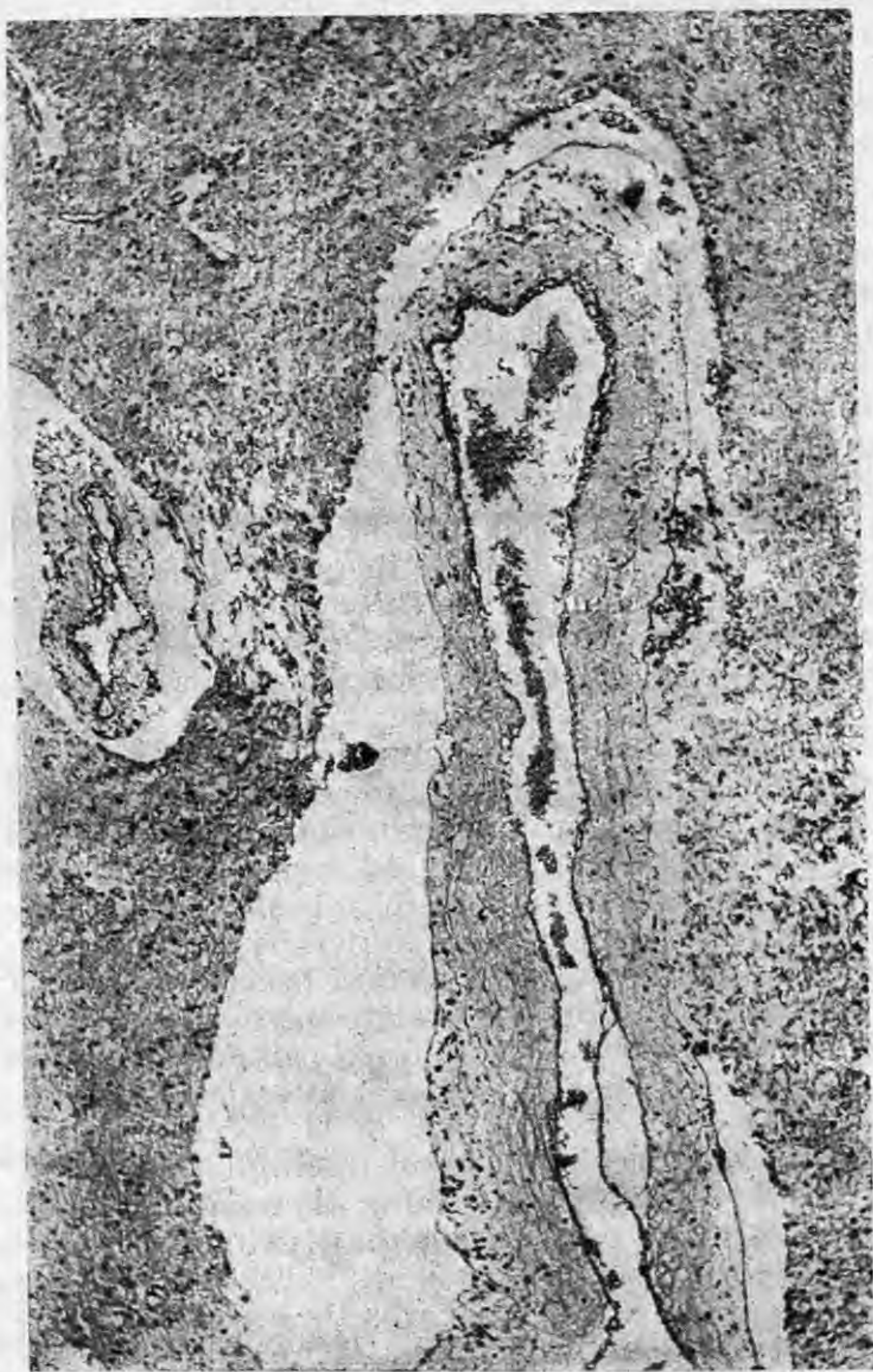
L'ultima ipotesi che ci rimaneva da fare, e che ritenemmo la più probabile, era quella che si trattasse di una meningoencefalite della prerolandica di destra di natura influenzale. Suffragavano particolarmente tale concezione diagnostica il fatto che si era in periodo di epidemia influenzale e che la sindrome morbosa, dalla quale, come risulta dall'anamnesi, era stato inizialmente colpito il paziente, aveva esordito ed evoluto rivestendo tutto l'aspetto dell'infezione grippale, alla cui natura erano pure da ricollegare i focolai di broncopolmonite diffusi a quasi tutto l'emotorace destro.

Il nostro giudizio diagnostico è stato confermato, purtroppo, dal reperto autopsico, avendo l'aggravamento dei focolai di broncopolmonite portato l'infermo all'esito letale, dopo 3 giorni dal suo ingresso. In Clinica il paziente presentò sempre un'immutabilità del quadro neurologico e gli arti paralizzati sono stati spesso animati da tipiche scosse jacksoniane.

Ecco il reperto dell'autopsia praticata dopo 24 ore:

Soggetto robusto; costituzione regolare; masse muscolari discretamente valide. Rigidità cadaverica conservata nelle grandi e piccole articolazioni. Massa di putrefazione dell'addome e di ipostasi sul tronco. Cianosi intensa del letto sotto ungueale delle mani; pallore del letto sottoungueale dei piedi. Non edemi pretibiali. Assenza di linfoglandole apprezzabili, allinfuori di piccolissime all'inguine. Rima labiale con angolo sinistro più basso del destro. Calotta cranica piuttosto pesante; tavolato esterno ben sviluppato. Diploe cianotica; impronta dei vasi meningei. Granulazioni del Pacchioni normali. Cranio del tipo dolicocefalo. Dura madre piuttosto tesa; nel seno longitudinale superiore sangue fluido; assenza di lesioni sia nella faccia interna che esterna della dura. Circonvoluzioni cerebrali alquanto appiattite, rispettivamente i solchi poco pronunziati. Non si apprezzano differenze notevoli tra l'emisfero destro e sinistro. Seni della base ripieni di sangue fluido; assenza di altre lesioni apprezzabili. I vasi della base non presentano alterazioni apprezzabili sia nell'esagono di Villis come neanche nelle ramificazioni delle silviane. L'esame anche dei nervi della base risulta negativo. Ad un esame dettagliato esterno dell'emisfero destro si nota che le circonvoluzioni corrispondenti all'estremo superiore della rolandica anteriore appaiono alquanto depresse e di consistenza un po' diminuita; inoltre si nota un colorito roseo diffuso; ivi la meninge appare per un certo tratto anche opacata. Le meningi molli si asportano facilmente. In un taglio praticato in corrispondenza dell'estremo anteriore del corpo calloso si nota nella sostanza bianca dell'emisfero destro un aspetto intensamente edematoso della sostanza stessa e un colorito giallognolo diffuso sul quale spiccano numerosi punticini rossi che non si asportano passandovi sopra il dito così da pensare a piccoli focolai emorragici. Il volume della sostanza bianca è aumentato in confronto a quello del corrispondente emisfero sinistro. Sulla stessa regione a sinistra della sostanza bianca immediatamente sottostante alla grigia della circonvoluzione del corpo calloso, si nota una piccola area cosparsa di emorragie puntiformi. In un secondo taglio praticato subito al di dietro della connessura bianca anteriore si nota che la sostanza bianca del centro semiovale di destra si presenta di consistenza diminuita, di colore lievemente giallognolo diffuso e con disseminate in tutta la sostanza stessa delle piccole emorragie puntiformi. Le emorragie puntiformi si estendono anche alla sostanza grigia delle circonvoluzioni prima frontale; segmento posteriore e finitima rolandica anteriore.

Aperto l'addome si nota assenza di liquido. Visceri tinensamente cianotici. Ghiandole mesenteriche visibili. Appendice integra; scarsa quantità di liquido nel cavo pleurico di destra; aderenze a sinistra. Scarsa quantità di liquido limpido nel pericardio. Cuore piccolo, flaccido. Grasso sottopericardico ben conservato. Piccola chiazza tendinea in corrispondenza della faccia anteriore del ventricolo destro. Valvole aortiche sufficienti alla prova dell'acqua. Valvole polmonari integre. Nulla a carico dell'endocardio parietale. Nulla a carico della tricuspide. Aorta nel tratto sopracardiaco con qualche rara chiazza di arteriosclerosi. Nulla alle semilunari nè all'orifizio delle coronarie. Lievi suffusioni emorragiche sotto l'endocardio parietale di sinistra, specie nella zona del setto. Ispettimenti lievi, diffusi, superficiali dell'endocardio che riveste i muscoli papillari. Alla base del grande muscolo papillare anteriore si ripetono le suffusioni emorragiche sotto endocardiche. Al taglio in corrispondenza di dette aree di suffusione si nota che la soffusione emorragica si estende agli strati superficialissimi del miocardio. Miocardio flaccido; negativo l'esame di esso sopra un taglio condotto a piatto sul miocardio del ventricolo sinistro. *Polmone sinistro*: ispessimenti fibrosi, tenaci su tutta la pleura del lobo superiore e nel solco interlobale che viene obliterato; limitatissimi ispessimenti fibrosi nella pleura del lobo inferiore; apice rigonfio con una piccola area di ispessimenti limitata alla pleura dell'apice stesso, non più grande di una piccola lenticchia. Catarro mucopurulento del grosso bronco alla spremitura. Aperto il bronco si constata la presenza di catarro mucopurulento ed intensa iperemia della mucosa bronchiale. Ghiandole peribronchiali non ingrossate, intensamente antracotiche. Arteria polmonare normale. Non si apprezzano noduli alla palpazione del tessuto polmonare, il quale è di consistenza molle elastica. Il polmone al taglio è intensamente congesto, ma aereato; dai medi e piccoli bronchi fuoriesce catarro mucopurulento. Modico grado di edema specie nel lobo superiore. *Polmone destro*: gonfio, aumentato di volume, con aspetto enfisematoso nelle regioni anteriori del lobo superiore e del lobo medio. Pleura liscia, con piccole emorragie puntiformi, limitate però alla regione della doccia vertebrale. Colorito pallido nelle zone enfisematose, roseo nel rimanente del polmone, cianotico in corrispondenza della doccia paravertebrale: in questa regione si distinguono dei territori di colorito rosso scuro, depressi, di consistenza normale del parenchima polmonare, corrispondenti quindi a zone di atelectasia e altre zone rosee scure alquanto rilevate e con la pleura sovrastante lucida, ma intensamente iniettata. Infine in prossimità del margine inferiore del polmone e in vicinanza anche del solco interlobale si rilevano delle aree, delle quali alcune rilevate, altre depresse, di colorito più pallido del parenchima circostante; in quelle depresse la parte centrale si presenta di colore rosso scuro. Al taglio si rilevano anche queste zone circostanti come focolai di broncopolmonite. All'ilo si rileva un notevole turgore delle ghiandole bronchiali, antracotiche, iperemiche, edematose. Dai grossi bronchi fuoriesce catarro mucopurulento e la mucosa sottostante appare intensamente arrossata. Nulla di notevole a carico dell'arteria polmonare. Sul taglio praticato in corrispondenza della doccia paravertebrale si riscontra un focolaio di broncopolmonite nella zona in cui si apprezzava maggior consi-

stenza all'esterno. Il rimanente del polmone si presenta congesto. Noduli di broncopolmonite disseminata si riscontrano anche isolatamente a distanza del focolaio principale. Si conferma l'esistenza di zone di atelectasia nelle regioni inferiori. Catarro mucopurulento diffuso dei piccoli bronchi. *Fegato*: congesto, con una chiazza di ispessimento circoscritta in corrispondenza del lobo destro, presso il margine destro dove si nota pure la presenza di qualche lacinia fibrosa; al taglio l'ispessimento si dimostra limitato alla capsula. Cistifellea modicamente piena di bile, intensamente colorata, fluida. Alla sezione del taglio si conferma la congestione del viscere. Disegno dei lobuli manifesto. *Milza*: capsula leggermente ispessita, con lacinie fibrose. Il diametro anteroposteriore è

Emorragie capillari perivasali (cervello).

aumentato. Vasi dell'ilo integri. Al taglio colorito scuro cianotico della polpa, la quale si presenta consistente; vasi di aspetto normale, dai quali sgorga sangue intensamente scuro. Sistema dei setti e delle trabecole visibile; follicoli scarsi e non bene identificabili. Polpa congesta. Capsule surrenali: integre. Reni congesti, bene scapsulabili, superficie liscia; al taglio glomeruli visibili. Pelvi e bacinetto: niente di speciale. Vescica distesa con urina torbida. Trachea: contenuto di catarro mucopurulento e intensa iniezione vasale della mucosa. Ghiandole della biforcazione antracotiche tumide.

Aorta con scarse chiazze di arteriosclerosi, a tipo ateromatoso, senza nessun fatto che parli per una eventuale lesione luetica.

Diagnosi macroscopica: meningo-encefalite a tipo emorragico dell'emisfero destro con il massimo di intensità in corrispondenza della circonvoluzione rolandica anteriore, specie segmento superiore, e dell'estremo superiore della prima frontale. Piccola zona con gli stessi caratteri emorragici a sinistra in corrispondenza della sostanza bianca della circonvoluzione del corpo calloso nell'estremo anteriore. Focolai di broncopolmonite confluenti in corrispondenza specialmente della doccia paravertebrale del lobo inferiore del polmone destro: edema collaterale, cianosi di tutto il viscere; catarro mucopurulento diffuso dei medi e piccoli bronchi, con zone di atelectasia. Linfoadenite consensuale dell'ilo del polmone destro. Polmone sinistro intensamente congesto senza focolaio di broncopolmonite, con bronchite mucopurulenta diffusa. Fegato, milza e reni cianotici e con caratteri di stasi. Qualche lieve lesione arterio-sclerotica dell'aorta. Trachea intensamente iperemica. Cuore piccolo, flaccido, con lievi soffusioni emorragiche sottoendocardiche del ventricolo sinistro e del grande muscolo papillare della mitrale. Vescica distesa con urina torbida.

Esame microscopico: Infiltrati negli spazi perivasali dei vasi che decorrono nello spessore della sostanza cerebrale e delle meningi. Analoghi infiltrati si riscontrano pure nei vasi delle pie meningi e in parte anche diffusamente nel tessuto delle stesse. Gli elementi cellulari che compongono l'infiltrato corrispondono in parte a elementi con nucleo unico, ovalare o rotondeggiante, per lo più d'aspetto vescicoloso, in parte ad elementi con nuclei che dimostrano la loro appartenenza ai polinucleati. Gli infiltrati sono disposti sia intorno ai vasi di piccolo calibro come di calibro maggiore. In alcuni degli spazi linfatici perivasali si nota insieme all'infiltrato cellulare la presenza di globuli rossi stravasati. Nella sostanza nervosa appare evidente, specie in alcune zone in confronto di altre, l'esistenza di uno stato di edema. (La colorazione con il metodo per le plasmacellule non mette in evidenza elementi specifici). Nei tratti edematosi appare la lesione di alcune cellule nervose piramidali, consistente in una cattiva tingibilità del nucleo e in una meno netta delimitazione dei confini della cellule; alcune cellule sembrano come raggrinzite in uno spazio ampio. Nei preparati allestiti con il metodo di Nissl si rileva che molte cellule nervose non presentano la normale disposizione della sostanza tigroide e spesso il protoplasma delle cellule stesse è ridotto a uno scarso alone intorno al nucleo. Infine, per quanto non molto accentuati, si notano qua e là fenomeni di neuronofagia.

Le complicazioni nervose dell'influenza non sono tanto rare, come a prima vista potrebbe sembrare, benchè non sempre siano di natura strettamente influenzale, essendo non eccezionalmente dovute ad associazioni con altri germi. Tra esse dobbiamo considerare le neuriti periferiche, le affezioni mielitiche e meningomielitiche, quelle cerebrali a focolaio e generalizzate e le psicosi.

Le neuriti periferiche possono essere a carico di un nervo qualunque. Non raramente colpiti sono i nervi cerebrali. Frequente è la perdita della percezione degli odori (anosmia)

dopo l'influenza: non si sa con esattezza se la causa risieda nella mucosa o nel nervo olfattivo. Nevralgie gravi sono state osservate al trigemino. Tanfani ha descritto un caso di paralisi parziale del nervo radiale in un soldato, sopravvenuta in seguito a una broncopolmonite influenzale e un caso, che seguì pure a una broncopolmonite influenzale, di nevrite bilaterale del circonflesso. Claude ha osservato un caso di paraplegia flaccida, su base polinevritica, di natura influenzale. Frequentemente colpiti sono pure il nervo ulnare, lo sciatico, il peroneo ecc.

Le complicazioni mielitiche furono osservate più volte. Descritta è stata non raramente la paralisi ascendente tipo Landry.

Non eccezionali sono pure i casi descritti di meningite da complicazione grippale e specialmente dopo polmonite, provocata ora da streptococchi, ora da pneumococchi, e relativamente spesso dai bacilli dell'influenza. È specialmente nei bambini di 1-2 anni che si osserva la meningite da bacilli dell'influenza: nel pus ottenuto con la puntura lombare sono numerosi i bacilli dell'influenza in coltura pura, per lo più extracellulari e più raramente intracellulari. Un caso di meningite influenzale, col corteo relativo di tutti i sintomi meningei, è stato descritto dal Silvestrini nel 1927. L'A., del cui argomento erasi già occupato, mette in rilievo la notevole importanza che ha, per la natura influenzale, l'esistenza contemporanea di focolai di broncopolmonite a destra, la presenza di un eruzione papulosa al dorso e lo stato della lingua (incipriata o porcellanata).

Le encefaliti e meningo encefaliti sono pure state osservate, specie nei periodi di grande epidemia, ma qualche volta anche in questi ultimi anni. Tre casi di meningo encefalite influenzale emorragica sono stati descritti, nello scorso anno, pure dal Silvestrini, insorti in individui portatori anche di focolai bronco-pneumonici, con predominio netto dei sintomi meningei sugli encefalici, i quali erano piuttosto modesti; il liquor estratto fu quasi sempre emorragico, il che avrebbe un'importanza notevole dal punto di vista diagnostico. Da essi l'A. trae lo spunto per uno studio sulle complicazioni meningo-encefaliche dell'influenza e sulle sindromi meningee in genere. Il Tanfani ha descritto (nel 1919) tre casi di broncopolmoniti influenzali a cui seguì di colpo l'emiplegia, senza disturbi psichici nè convulsivi, per cui l'A. credette di poter localizzare la lesione in corrispondenza della capsula interna e attribuirla a fatti emorragici di questa zona. Di nessun caso si ebbe il reperto autopsico. Roussy e Cornil comunicarono alla « Société de Neurologie de Paris - 1919 » un caso di emiplegia a destra con afasia totale e crisi epilettiformi, sopravvenuta in un uomo di 25 anni, dopo una forma influenzale con broncopolmonite. Gli AA. pensarono alla possibilità, nel determinismo di tale sindrome, d'un focolaio d'encefalomalacia per embolia microbica. Fatou ha riferito alla « Società Anatomica di Parigi - 1919 » un caso d'autopsia, nel quale eravi stata emiplegia, consecutiva a ramollimento per embolia, nel corso d'una endocardite vegetante grippale. Schaeffer ha descritto un caso di un paziente, il quale alcuni giorni dopo una forma influenzale piuttosto modica, ha presentato notevole elevazione febbrile, cefalea, sintomi meningei ed emiplegia totale sinistra: tali fatti in breve regredirono, portando l'infermo a guarigione.

Se consideriamo i disturbi nervosi a carico della sfera psichica che si complicano all'influenza, vediamo che pur essi sono multipli e diversi. Un accurato studio sulle sindrome psichiche di natura influenzale è stato fatto dall'Anacleto. Interessante è il caso riportato da Joffroy di delirio acuto con mania verificatosi durante una forma influenzale e il caso di Grasset di delirio con idee ragionate. Da Billaud furono osservati casi d'epilessia jaksoniana, senza altri disturbi nervosi. Weber ha descritto 6 casi con disturbi psichici più o meno gravi comparsi nell'influenza, durante la decrescenza dei sintomi morbosi o anche più tardi, nella convalescenza. Nel quadro clinico di essi predominavano gli stati deliranti e quelli con carattere dell'amenza. Damayer ha osservato durante un'epidemia influenzale turbe mentali e tra le più interessanti cita un caso di confusione mentale stupida con inerzia assoluta in un infermiere, che fortunatamente guarì in 6 giorni. Pace tra le complicazioni psichiche dell'influenza ha notato una volta la sindrome confusionale e una volta la psicoastenia con idee deliranti e ipocondriache. Tra i disordini di moto ha osservato due volte tremore generalizzato occupante tutto il corpo, il capo e le estremità, che scompariva solo nel sonno: ambedue i casi ebbero esito in guarigione. Mairet sostiene che l'influenza è un'infezione capace di determinare l'alienazione mentale.

*
* *

Se ora prendiamo in considerazione il nostro caso, il quale, da quanto ci risulta, è uno dei pochissimi, che, con una sintomatologia nervosa a focolaio così grave, sia stata corre-

data dal reperto autopsico, vediamo che esso ci rivela dei fatti di notevole interesse, specie dal lato clinico che cercheremo di esaminare brevemente.

Innanzi tutto vogliamo far un rapido cenno per quanto riguarda l'orientamento diagnostico da seguire, capitando alla nostra osservazione casi simili. Non sempre difatti, come abbiamo ampiamente discusso, è facile porre la diagnosi di natura. Certo quando sono presenti parecchi sintomi del quadro morboso generale, che parlino per una forma influenzale e in specie certuni di essi, come i focolai di broncopolmonite, lo stato della lingua ecc., su cui Silvestrini, giustamente richiamò, in modo speciale, l'attenzione, il nostro giudizio, pur non essendo ogni volta semplice e necessitando sempre di una accurata disamina dell'obiettività e dell'evoluzione della fenomenologia, può essere formulato con una certa sicurezza. Le difficoltà iniziano e si intensificano quando la sindrome nervosa poggia su fatti generali poco appariscenti, i cui caratteri non rivestono la tipicità manifesta della forma influenzale, come, non eccezionalmente, è stata dato osservare. Si è infatti visto l'insorgere delle complicazioni nervose dopo un angina o dopo un'apparente banale raffreddore. In simili evenienze, purtroppo, non sempre è possibile fare una diagnosi esatta e facili e frequenti sono gli errori diagnostici. Ci saranno di guida in questi casi l'esame accurato e dettagliato di tutti i sintomi, dai quali sin dal loro primo inizio è stato colpito il paziente, l'esclusione assoluta di qualsiasi altra causa di diversa natura che possa mettersi in rapporto con la lesione in esame e principalmente il sapere che ci troviamo in ambiente, ove l'influenza domina sotto forma epidemica od endemica. L'esatta diagnosi di natura è, in questi casi, molto importante anche per quanto riguarda il giudizio prognostico: nell'emiplegia di natura influenzale frequente e marcata è infatti la diminuzione dei sintomi nervosi, sino ad aversi non raramente una totale *restitutio ad integrum* delle parti lese, mentre tale esito è più raro nell'emiplegia dipendente da altra natura.

Per quanto riguarda la patogenesi dei fenomeni neurologici studiati, non possiamo certamente incriminare fatti di embolia microbica, come Roussy e Cornil pensarono trattarsi nel caso da loro descritto, in quanto l'esame necroscopico ci ha chiaramente dimostrato l'assenza assoluta di emboli nei rami vasali coinvolti dal processo morboso. Come pure tale esame ci ha nettamente escluso l'esistenza di qualsiasi fatto trombotico. Esso invece ci ha in modo inequivocabile dimostrato che a base di tali lesioni erano piccoli focolai emorragici, maggiormente intensi in corrispondenza della circonvoluzione rolandica anteriore e dell'estremo superiore della prima frontale. All'infuori di tali minuscole emorragie il reperto autopsico ha dato, si può dire, risultato completamente negativo. Concorda d'altronde tale reperto col riscontro che la maggior parte degli AA. hanno avuto nei casi di lesioni encefaliche di natura influenzale. Ed è logico che sia così se consideriamo il fatto che nell'influenza i vasi sanguigni vengono colpiti in modo elettivo, dimostrando, diciamo pure costantemente, l'autopsia di individui morti per infezione grippale, lesioni emorragiche più o meno intense e diffuse a quasi tutti gli organi.

Per quanto poi riguarda la causa di tali fenomeni emorragici si è ormai d'accordo nell'escludere, nella maggior parte dei casi, l'azione diretta dei germi stessi e di metterli in rapporto con le loro tossine. Il virus grippale forma sostanze tossiche che danneggiano quasi tutte le cellule dell'organismo e colpisce in modo speciale i vasi sanguigni, specialmente i capillari. In questo senso, riportando cioè all'azione deleteria delle tossine la patogenesi delle varie lesioni di natura influenzale, concludono pure Glaus e Fritzsche in seguito allo studio di 300 autopsie di pazienti morti di influenza.

Altra questione interessante da prendere in considerazione è quella relativa agli eventuali fattori che possono influire sia sulla frequenza che sulla gravità delle lesioni nervose influenzali. Non v'è dubbio, da quanto abbiamo esposto, che esse, pur non essendo molto frequenti, non sono nemmeno del tutto eccezionali, meritando tutta la nostra attenzione e il nostro interessamento. Il nostro studio però ci ha portato alla constatazione che tali complicazioni sono state maggiormente frequenti e notevoli nei periodi e nelle regioni in cui l'infezione influenzale si è manifestata in forma grave e con mortalità elevata; mentre nei periodi e nelle contrade in cui ha evoluto in forma benigna esse sono state rare e piuttosto miti; tolte beninteso le debite eccezioni. È specialmente nella pandemia del 1918, nonchè in qualche altra precedente (1189-90), pure decorsa sotto forma maligna, che tali complicazioni sono state frequenti e gravi.

Per l'interpretazione di questo fatto pensiamo, come ipotesi più verosimile, che debbasi attribuire notevole importanza al genio epidemico, considerando le complicazioni influen-

zali gravi, come legate a una varietà di virus, a carattere particolarmente maligno. Se poi trattisi, in tutte le forme (sia benigne che maligne) di un unico tipo di virus, che a seconda delle circostanze, probabilmente di natura ambientali ed epidemiche, subisca delle trasformazioni biologiche speciali, assumendo diversi gradi di virulenza, certo a priori non possiamo dirlo. Solo ulteriori studi, relativamente condotti, potranno delucidarci su questo punto. Pensiamo però che anche nell'influenza, come in altre malattie infettive, il virus patogeno, non sia di un tipo unico, ma di tipi diversi e che diversa sia la virulenza e la malignità da tipo a tipo. Considerando il genio epidemico ci rendiamo conto come l'infezione grippale da oltre un decennio a questa parte decorra in forma abbastanza benigna, dando piuttosto raramente luogo a complicazioni gravi e mantenendosi quindi la mortalità a un livello generalmente basso.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver succintamente parlato delle varie complicazioni dell'influenza (le nervose eccettuate) espone dettagliatamente il caso capitato alla sua osservazione, riguardante un uomo di 36 anni, il quale durante una forma tipica di influenza complicatasi con focolai di broncopolmonite, venne colpito da emiplegia totale sinistra. Dopo aver discusso con particolarità di dettagli le varie ipotesi diagnostiche per la discriminazione della sindrome emiplegica, conclude per una forma di meningoencefalite emorragica di natura influenzale. La diagnosi viene confermata dal reperto autopsico, avendo l'aggravarsi dei fenomeni bronco-pneumonici portato l'infermo all'esito letale. Dopo avere poi riferito brevemente sulle complicazioni nervose dell'influenza, esamina la questione inerente alla patogenesi di tali complicazioni, ammettendo la natura emorragica delle lesioni, sotto forma di piccoli focolai, per fragilità capillare apportata dalle tossine microbiche. Per quanto poi riguarda la frequenza e l'intensità di tali lesioni mette in rilievo l'importanza che in ciò viene a rivestire il genio epidemico, considerando la possibilità dell'esistenza di varii tipi di virus influenzale, di cui la virulenza e malignità varierebbero da tipo a tipo.

BIBLIOGRAFIA.

Anacleto. Riforma Medica, 1919.
Claude. Accademia di Medicina di Parigi, aprile 1919
Guardabassi. *La diagnosi*, anno 7°.
Glaus e Fritsche. Correspondenzblatt. f. Schweizer, Aerzte, t. 49, n. 3, 1919.
Joffry-Grasset e Maore. Riportati da Tabboni.
Mohr-Staehelin. *Malattie infettive*, vol. I.
Roussy e Cornil. Société de Neurologie de Paris, giugno 1919.
Silvestrini. Riforma Medica, 1927 e 1932.
Schaeffer. Presse Médicale, agosto 1932.
Schweizer. Aerzte, t. 49, n. 3, 1919.
Tabboni. Società Medico-Chirurgica di Bologna.
Tanfani. Policlinico, Sez. Med., 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

Azotemia ed indice di acidosi esaminate comparativamente per il valore prognostico degli operandi.

Dott. Ugo Bani.

Che l'esame preoperatorio di ogni malato sia di primaria importanza è indubbio; non è ammesso oggidì di omettere di sottoporre il futuro operato a quelle ricerche funzionali, che aiutino nella prognosi e permettano in ogni caso di diminuire i rischi.

Una delle prove funzionali più semplice e più usata è la ricerca del tasso azotemico ed i lavori in proposito sono stati ormai numerosissimi ed anche relativamente probativi.

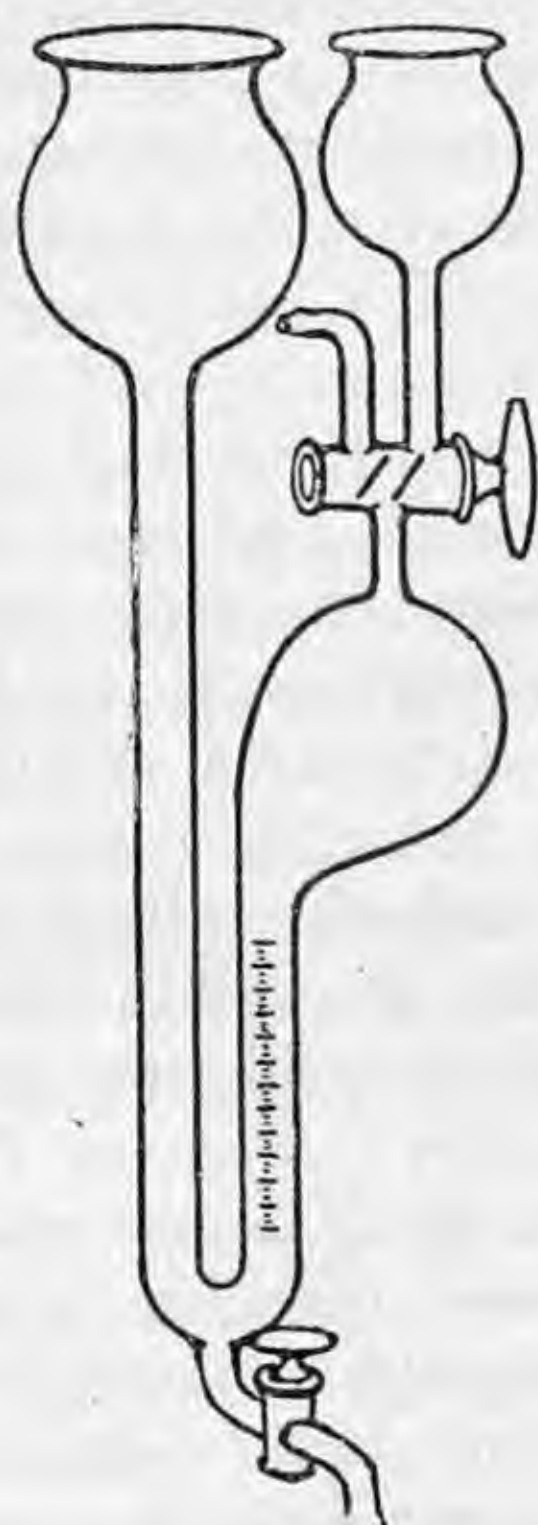
Una ricerca di tecnica semplicissima, alla portata di tutti, ma poco conosciuta è l'esame della tensione carbonica alveolare che il prof. Eugenio Pirondini, di cui fui collaboratore, fece oggetto di studio per l'esame prognostico degli urinari.

La semplicità della ricerca, la sicurezza dei suoi dati nei malati delle vie urinarie, la sensibilità forse maggiore dell'azotemia, mi hanno indotto a fare uno studio comparativo fra azotemia e tensione carbonica in un gruppo notevole di operandi soprattutto gastrici ed epatici, studio dal quale credo possa trarsi qualche importante conclusione.

***

La tecnica per il prelevamento dell'aria alveolare proposta ed attuata dal prof. Pirondini col suo apparecchio è semplicissima.

L'aria alveolare viene raccolta in una camera d'aria di un pallone di *foot-ball*, ove l'individuo aspira attraverso un tubicino di vetro sterilizzato. L'individuo in esame introduce questo tubicino in bocca e ispira, mentre col pollice e l'indice della destra tiene stretto il tubicino di gomma del pallone; poi mantenendo questa posizione espira con forza; ed infine a forte espirazione già molto avviata, dopo di aver tralasciato di comprimere il tubicino di

gomma (ed eventualmente dopo aver chiuso le narici con l'altra mano) continua ad espirare con forza nel pallone (aria alveolare). L'individuo in esame ripete più volte tale manovra fino a tensione del pallone dopo di che si chiude con una pinza a molla il tubicino di gomma e si toglie quello di vetro. A volte, specie in ammalati gravi, può essere ancora più semplice la raccolta, per così dire, diretta da parte dell'esaminatore, il quale verso la ultima fase dell'espirazione introduce nella bocca dell'infermo il tubicino di vetro, a ispirazione forzata avvenuta comprime quello di gomma e ripete la manovra fino a tensione del pallone [(E. Pirondini), Pirondini e Albano. Applicazioni urologiche della tensione carbonica. *Policlinico*, sez. medica, 1° agosto 1933, fasc. 8].

L'apparecchio creato dal Pirondini è semplicissimo (vedi figura): elimina l'inconveniente degli apparecchi a mercurio e modifica semplificandolo l'azotometro di Lunge, basandosi sul principio del Villavecchia per la terminazione dei gas disciolti nell'acqua. Per la tecnica dell'uso dell'apparecchio rimando alla pubblicazione sopracitata, come per l'esame dei risultati ottenuti nelle ricerche di controllo. Per ciò che riguarda la lettura essa è diretta sull'indice dell'apparecchio, senza alcun bisogno di calcoli. Sono da ritenere cifre normali e di buon prognostico quelle superiori al 4 %.

Albano e Vecchiarelli (Indice di acidosi in urologia; *Policlinico*, Sez. Chirurgica, settembre 1927, fasc. 9) studiando un gruppo di ammalati urologici potevano giungere a delle conclusioni interessantissime.

Essi affermavano essere l'indice di acidosi perfettamente confrontabile all'azotemia: esiste però una maggior sensibilità di detto indice nei riguardi della prognosi, nei casi in cui azotemia e indice di acidosi erano discordanti.

Questa concordanza e questa maggiore sensibilità dell'indice di acidosi è riscontrabile in altri malati che non siano urologici? Ha in questi il medesimo valore prognostico?

È quanto ho cercato di risolvere con i miei esperimenti.

I malati furono esaminati per la maggior parte nella corsia chirurgica dell'ospedale di S. Giovanni diretta (1929-1930) dal prof. Cesare Antonucci, nel 1° rep. chirur. dell'ospedale di S. Giacomo diretto (1928-1930) dal prof. Eugenio Cassini, ed alcuni nel 2° rep. chirur. del Policlinico G. B. Morgagni, consulente il prof. Roberto Alessandri.

La determinazione dell'indice di acidosi è stata fatta contemporaneamente all'azotemia ed i risultati sono stati comparati.

I malati in esame sono stati 118 così divisi per malattia:

Gastrici 38. — Di questi 26 avevano un'ulcera o una stenosi pilorica: 14 furono resecati, a 12 fu fatta una gastroenterostomia.

8 erano portatori di un cancro e di questi 4 furono resecati, ad uno fu fatta una gastroenterostomia, a 3 non fu possibile eseguire alcun atto operativo.

4 erano perforati e furono operati con sutura dell'ulcera, gastro-enterostomia e drenaggio soprapubico.

Epatici 19. — Di essi 8 avevano colecistite calcolosa e furono operati di colecistectomia.

3 avevano calcolosi del coledoco e alla colecistectomia fu associato il drenaggio del coledoco.

4 avevano colecistite con periduodenite e di questi 3 ebbero la colecistectomia, 1 la gastroenterostomia, predominando i fatti di stenosi pilorica estrinseca.

2 avevano cisti di echinococco, 1 piccola asportata in un tempo alla Delbet, l'altro in due tempi.

2 erano dei calcolosi infetti con gravi segni di insufficienza epatorenale e non furono operati.

Appendicitici 40. — Di questi 28 operati a freddo, 12 di urgenza di cui 10 rimasti tamponati per peritoniti acute circoscritte o per ascesso.

Erniosi 6. — Di questi 2 con ernia strozzata.

Negli altri 15 vi si trovano 2 cancri della mammella, 3 emorroidi, 1 fibroma dell'utero,

4 frenicectomizzati per tbc. polmonare, 2 traumatizzati degli arti, 2 annessiti, 1 flemmone del collo.

* * *

Cominciando la disamina dai gastrici possiamo osservare quanto segue:

I 38 casi possono dividersi in 3 gruppi:

Un primo gruppo (21) con azotemia inferiore od uguale a 0,40 ‰.

Un secondo gruppo (8) con azotemia fra 0,40 ‰ e 0,60 ‰.

Un terzo gruppo (9) con azotemia superiore a 0,60 ‰.

Per il primo gruppo la tensione carbonica è in perfetta concordanza con l'azotemia.

Nei 21 casi l'indice di acidosi fu sempre 4 %, o superiore a tale cifra.

I malati di questo gruppo sopportarono bene l'atto operativo; solo due resezionati morirono in 6ª giornata per complicazione polmonare.

In essi in 4ª giornata fu ripetuta l'azotemia che si mostrò lievemente aumentata (0,46 ‰) e l'indice si abbassò a 3,9 %. Anche per questi quindi perfetta concordanza.

Nel secondo gruppo la concordanza è ancora perfetta; fra le due prove; in più vi è un caso di tumore che non fu potuto asportare per numerose riproduzioni visibili sul fegato, nel quale ad una azotemia di 0,53 ‰ fa riscontro una tensione carbonica alveolare di 3,4 %. Quindi una maggiore sensibilità di quest'ultima in quanto già essa ci parlava del grado di intossicazione del malato e ci confortava ad una prognosi riservata.

Nel terzo gruppo ad azotemia superiore a 0,60 ‰ corrisposero variamente segni di acidosi superiore od inferiore alla norma.

In questo gruppo figurano alcune persone anziane, con segni di nefrite cronica con pressione arteriosa al Pachon aumentata; può dirsi però che con perfetta concordanza coi precedenti esperimentatori (Albano, Vicchiarelli Sorrentino, ecc.) ad un abassamento dell'indice corrispose sempre maggiore gravità del soggetto.

A complemento dello studio del valore prognostico delle 2 prove comparate nei gastrici, debbo però far notare che un perforato da 18 ore con azotemia di 0,36 ‰ e con tensione carbonica di 4,8 % morì nelle 48 ore successive all'atto operativo, a malgrado dell'eccellenza dei 2 dati di laboratorio.

I 19 epatici sono divisi in due gruppi.

Il 1° gruppo comprende azotemie inferiori a 0,50 ‰.

In esso figurano 12 malati ed in tutti l'indice fu corrispondente a cifre normali aggirantisi al disopra del 4 %.

I due malati non operati, per l'eccessiva gravità, e che morirono in breve tempo, avevano azotemia bassa (0,39‰ l'uno, 0,43‰ l'altro).

L'indice era al disotto del 4 % (3,5 % l'uno, 3,2 % l'altro).

In questi casi quindi il valore prognostico dell'indice si mostrò più sensibile dell'azotemia.

Nel 2° gruppo di 7 malati con azotemia di 0,50 ‰ o superiore a tale cifra il comportamento dell'indice di acidosi fu in perfetta concordanza con l'azotemia.

In 2 casi (calcolosi del coledoco) nei giorni dopo l'intervento, con l'aggravarsi del malato, si notò aumento dell'azotemia e corrispondente abbassamento dell'indice di acidosi.

I 40 appendicitici che riunisco tutti in un gruppo, mi hanno rivelato dati importanti rispetto ai due esami.

Anzitutto, anche qui concordanza completa della 2ª prova, ma appunto in ciò l'insufficienza di entrambe per un valore prognostico sicuro.

Nulla da dire sugli operati a freddo: per quelli operati di urgenza nessuna indicazione prognostica sicura si potè ricavare dalle prove fatte prima dell'atto operativo; a buoni indici corrisposero risultati pessimi o viceversa.

Importante è il caso di un giovane, con appendicite cancrenata, con peritonite, che aveva una azotemia di 0,53 ‰ ed un indice di acidosi di 3,6 % che date le prove doveva considerarsi gravissimo e che invece ebbe un decorso post-operativo ottimo; ugualmente importante di una signora con appendicite perforata, con azotemia di 0,36 ‰ e di 5 % di indice di acidosi e che decedette in 5ª giornata.

I malati di altri gruppi non possono venir presi in considerazione partitamente divisi per malattia essendo troppo pochi; di essi terrò conto insieme ai sopra illustrati per le considerazioni generali che le due prove comparate mi suggeriscono.

Considerazioni.

Da un punto di vista generale si può intanto dire che la ricerca dell'indice di acidosi si rivela veramente utile in tutti i malati, in quanto esiste una relazione ed una concordanza pressochè costante fra azotemia ed indice stesso.

Ove esistono discordanze non sempre è facile ed agevole rilevarne l'origine ma dal punto di vista prognostico l'indice di acidosi si è

mostrato più sensibile, esistendo un rapporto netto fra la gravità dell'individuo e tensione carbonica.

Occorre però tener presente i fatti paradossi in cui ad indici buoni corrisposero decorsi pessimi.

Se si esaminano i casi si osserva che ciò avvenne in modo quasi costante per gli operandi aventi lesioni che richiesero interventi di urgenza.

Si direbbe che data la rapidità con cui l'organismo viene assalito dal male non vi sia tempo a far sì che l'intossicazione possa essere rilevabile con mezzi di laboratorio.

Il valore prognostico sia dell'azotemia che dell'indice di acidosi, deve quindi essere inteso limitato alla gravità *attuale* dell'ammalato non alla gravità *potenziale*.

Per gli operandi di elezione il valore prognostico delle due prove, procede di conserva con una piccola percentuale in favore dell'indice di acidosi, per cui concludendo a me sembra, che dati i risultati, e la semplicità della ricerca, è da augurarsi che tale prova entri nella pratica comune dello studio preoperatorio di ogni soggetto, lasciando naturalmente all'insieme di tutti i dati clinici e di ricerca la formulazione di un giudizio prognostico.

RIASSUNTO.

Esaminate comparativamente le due prove dell'azotemia e dell'indice di acidosi in un numeroso gruppo di operandi se ne conclude per la loro quasi costante concordanza.

Dal punto di vista prognostico, pur dovendone in alcuni casi tenere solo relativamente conto, è all'indice di acidosi che si deve riconoscere una preferenza.

Posta dell'Amministrazione.

Al prof. GIAC. LOR. di Bologna, al dott. MARIO FANT. di Genova, al dott. ANDREA LUCANT. di Venezia e al dott. RICCARDO LUST. di Milano:

Il termine per ottenere il volume delle *Lezioni di Clinica Medica* del prof. FRUGONI al prezzo di sole L. 40 anzichè L. 54, scadrà il 31 corrente. Abbiamo annotato le richieste e al ricevimento dell'importo di sole L. 40, faremo spedire.

Al dott. LUIGI REBAS. di Firenze. — Anche per Lei valga quanto sopra.

L. P.

EPIDEMIOLOGIA

L'anchilostomiasi alle porte di Napoli

per i dott. ANIELLO ANDREOTTI, med. condotto e F.SCO CARITO SCAMARCIO, chimico-analista

Ponticelli (Napoli)

Un opportuno decreto ministeriale in corso di pubblicazione, e già annunziato con circolare del Ministero dell'Interno, ha stabilito l'obbligatorietà della denunzia da parte dei sanitari di tutti i casi accertati o sospetti di anchilostomiasi. Questa malattia che durante gli ultimi anni ha assunto un importante significato per il medico, l'igienista e l'autorità sanitarie, essendosi riconosciuta l'enorme diffusione in gran parte del mondo e i gravi danni che essa arreca, ha portato ad intraprendere una lotta sistematica contro di essa. E il contributo sia pure modesto di medici, che vivono e lavorano in zone rurali infestate, può essere utile sia ai colleghi delle zone immuni e della città che non conoscendo la malattia ne trascurano la cura e ne favoriscono la diffusione, sia ai fini della profilassi, che oggi più che mai sta tanto a cuore alle autorità superiori. A questo punto occorre richiamare l'attenzione sulla necessità di una diagnosi etiologica sicura in tutti i casi di anemia senza cause apprezzabili che colpisce i lavoratori della terra, per evitare inconcludenze terapeutiche e per la grande importanza igienico-sociale già accennata.

In molte provincie si scoprono e si descrivono nuovi focolai di infestazione anchilostomiasica e i contributi personali in proposito si susseguono con più lena, intercalati da pubblicazioni di Maestri, che dalla storia alla cura della parassitosi ne illuminano i particolari.

Alle porte di Napoli, nella vasta plaga verdeggiante che dalla zona industriale mollemente si stende verso le pendici del Vesuvio, e dove centinaia di famiglie di piccoli contadini traggono giornalmente il necessario per la vita, abbiamo potuto accertare diversi casi di anchilostomiasi e dei quali per brevità di spazio elencheremo i più dimostrativi. A volo d'uccello il tratto di terra infestato è ben delimitato e si può confinare tra gli ex Comuni di Barra, Ponticelli, S. Giovanni a Teduccio e la zona di Poggioreale, ora aggregati alla città di Napoli.

CASO I. — Incarnato Mich., di anni 51, ortolano, da Ponticelli, contrada Pagliarone. Nulla nel gentilizio. All'esame obbiettivo si nota: pallore terreo delle mucose visibili, senso di stanchezza generale, dispepsia gastro-intestinale, a

volte diarrea sanguinolenta. Alone giallastro caratteristico del palato duro. Dispnea da sforzo, soffi anemici sul cuore, edemi agli arti inferiori; vertigini, lipotimie, ronzii agli orecchi. L'ammalato giace a letta apatico e giallo e presenta inoltre punte febbrili irregolari. L'esame delle feci dinota la presenza di numerose uova di anchilostoma. Per desiderio della famiglia si invia all'Ospedale Incurabili donde, opportunamente curato, viene dimesso guarito.

Caso II. — Incarnato F., figlia del precedente e convivente. È una ragazza di venti anni circa, gialla, appassita, impressionante. Da diversi anni soffre di debolezza generale, di svogliatezza, di inappetenza. Giace a letto impossibilitata anche ai lavori domestici. Col tempo comparvero disturbi nella idraulica circolatoria che si accentuarono fino allo scompenso e al marasma. Nelle feci innumerevoli uova di anchilostoma. La cura fu tardiva e l'inferma decedette cachettica.

Caso III. — Gennaro F., di anni 30, da Barra, contrada Casalone, che è distante poche centinaia di metri dalla località dei casi precedenti. Ha goduto sempre ottima salute. Da un paio di mesi accusa senso di vuoto alla testa, stanchezza, svogliatezza insolita, talvolta capogiri, rumori agli orecchi, abbagliamenti di vista. All'esame obbiettivo si nota: pallore lieve delle mucose e niente all'esame completo di tutti gli organi interni. Presenza di uova di anchilostoma nelle feci. Diagnosi precoce e cura col timolo formula Bozzolo. Guarigione completa.

Caso IV. — Veneruso C., di anni 54, da Ponticelli, contrada Galeone Molino Saluzzo. Da circa due anni soffre di deperimento organico accompagnato da speciale scoloramento delle mucose visibili, e da tutto un corteo sintomatico dovuto ad oligoemia. Organi interni sani per cui insospettito propongo un esame delle feci. In compenso vengo sostituito da altri colleghi che si sbizzarriscono in un vuoto arsenale terapeutico. Dopo un anno sono di nuovo invitato a visitarla. Trovo una larva di donna bianca, apatica, gonfia, in preda a lipotimia. L'esame delle feci rivela numerose uova di anchilostoma. Per desiderio della famiglia viene ricoverata agl'Incurabili, dove tuttora trovasi degente e in cura.

Caso V. — Calvanese A., di anni 22, da Barra, contrada Casalone. Da diversi anni è pallida, gravemente astenica. Nessuna nota clinica importante oltre il solito reperto dell'anemia. Un esame delle feci praticato un anno fa diede risultato negativo. Dopo la somministrazione di un antielmintico l'esame ripetuto in questi giorni ha rivelato notevole quantità di uova di anchilostoma. Cura col tetracloruro di carbonio tuttora in corso.

Caso VI. — Incarnato A., di anni 24, contadina, da Ponticelli, lavora in campagna in località Porchiano. Viene alla mia osservazione per la prima volta in questi giorni. L'esame clinico della paziente non rileva nulla di notevole nei diversi organi e sistemi, oltre una profonda anemia con scadimento generale di forze e nutrizione. Esame delle feci positive per l'anchilostoma, il Tricocephalus dispar. Cura col timolo che tuttora continua.

Caso VII. — Molisso T., contadina, di anni 42, da Barra, contrada Felaco. Questa contrada è limitata dalla Via Argine e Via Brecce. Anemia grave. Gravidanza con fenomeni di cardio-nefrosi in scompenso. Presenza di uova di anchilostoma nelle feci. Cura come sopra: guarigione.

Caso VIII. — Ferrara A., di anni 30, contadina, da Ponticelli, contrada Abbate Candelora, distante poche centinaia di metri dalla contrada Casalone e dal Galeone. Anemia profonda. Viene inviata all'ospedale, dove accertata la diagnosi di anchilostomiasi, viene curata e dimessa guarita.

Caso IX. — Andolfi G. e T., contadine e sorelle, quasi ventenni, da Ponticelli, contrada Madonnelle Tavernanoce. Stessa sindrome. Anemia e niente altro di notevole. Positive per l'anchilostomiasi: cura col tetracloruro di carbonio: migliorate.

Caso X. — Sito C., di anni 21, ortolana, da Barra, Via Argine, contrada Rondinella. Solita sindrome. Presenza di uova di anchilostoma. Cura col timolo: tuttora in sorveglianza.

Fra tutti i sintomi che caratterizzano l'anchilostomiasi, il più importante e insieme il più grave è rappresentato dall'anemia. Come lo dimostrano anche le antiche denominazioni di anemia dei minatori, clorosi d'Egitto, ecc.

Questa in primo momento leggera e per nulla patognomonica, sta in rapporto a diversi fattori e cioè numero dei parassiti e reazioni difensive dell'ospite; in seguito si fa più intensa tanto da assumere un andamento minaccioso di perniciosa progressiva e mortale.

I fattori che determinano questa anemia sono fondamentalmente tre:

1° Le emorragie capillari attraverso le molteplici lesioni determinate dalle lamine faringee del parassita, sulla mucosa intestinale, e mantenute alla presenza di una sostanza anticoagulante tipo irudina secreta dalle ghiandole cefaliche (Loeb e Smith).

2° L'immissione in circolo di veleni emolitici secreti dalle stesse ghiandole (Lussana, Preti, Alessandrini).

3° Una profonda alterazione della funzione biochimica intestinale, sotto l'azione di stimoli tossici.

Il reperto ematologico dà costante eosinofilia la quale, però, può anche mancare nelle anemie molto gravi.

Clinicamente la diagnosi non è possibile se non dopo l'esame microscopico delle feci, e la presenza in queste delle uova del parassita, quantunque in alcuni casi avanzati della malattia è possibile diagnosticarla al solo esame generale dell'ammalato, basandosi anche sulla triade sintomatica stabilita da Broc e Joubert e cioè: tinta pallida speciale della cute, assenza del tumore di milza, insufficienza mitralica funzionale.

A questo punto mi piace far notare che in tutti i casi osservati nel mio più che decennale esercizio professionale, ho sempre notato uno speciale alone giallo arancione del palato duro che mi ha fatto sospettare la diagnosi, poi accertata dall'esame coprologico. Tutti i casi osservati appartengono a contadini specie ortolani che coltivano intensivamente ortaglie su terreni paludosi, dove l'acqua ed il concime sono condizioni indispensabili alla produzione; quindi terreni umidi, terreni grassi. L'acqua viene tratta da pozzi-cisterne con congegni meccanici o elettrici e serve per l'irrigazione della terra e per usi domestici: il concime è prevalentemente umano e viene ricavato dai pozzi neri svuotati, *orribile dictu*, a forza di braccia e di secchi. Il fosso dove viene depositato questo concime non raramente è appena distante di qualche metro dalla cisterna sopra citata. Premesse queste brevi nozioni è facile immaginare che la via di penetrazione del parassita può essere sia la bocca che la cute.

Tra i lavoratori della terra asciutta, quella cioè arbustata, da noi detta masseria e bagnata solo dalla pioggia e dove la coltivazione è tutta differente, è difficile rinvenire casi di anchilostomiasi: personalmente non ne ho riscontrato alcuno. Come pure non ho notato ancora infestazioni di anchilostomiasi tra la popolazione civile, quantunque molti ammalati, dopo il lavoro delle campagne, si ritirano a dormire in paese mescolandosi con i cittadini. Ciò crea anche un punto interrogativo alle osservazioni di alcuni AA. (Penso) che, avendo dimostrato la possibilità che le larve di anchilostoma sono capaci di penetrare nel rizoma e nelle radichette dei vegetali, e di risalire poi nei talli e negli interstizi tra fibra e fibra, aggiungono una nuova possibilità di infezioni con le verdure crude. Se così fosse, la malattia costituirebbe un pericolo molto più serio di quello che in realtà è, mentre la possibilità di trasmissione con le verdure crude bisogna intenderla in maniera estremamente eccezionale. Credo che per la diffusione dell'anchilostomiasi sia necessaria una speciale condizione di luogo, di mestiere, di ambiente, e di vita in genere non disgiunti da una speciale predisposizione organica.

Queste osservazioni, frutto di lunghe esperienze personali, non ammettono di certo una conclusione; resta però la dimostrazione dei fatti. Comunque non è esagerato considerare questa parassitosi un pericolo grave per i nostri contadini, tanto da richiedere urgentemente provvedimenti adeguati.

*
* *

Ringrazio vivamente il dott. Scamarcio che in questo studio ha assunto con amore e competenza la delicata parte delle ricerche microscopiche.

RIASSUNTO.

Gli AA. descrivono una zona infestata di anchilostomiasi alle porte di Napoli riportandone alcuni casi e riferendo sulle condizioni di vita degli abitanti.

SUNTI E RASSEGNE

DISENDOCRINOPATIE.

Due nuove forme di nanismo endocrino: il nanismo paratiroideo di Pende ed il matronismo precoce di Pende.

(SILVIO DE CANDIA. *Riforma Medica*, n. 46, 1933).

L'A. descrive due casi clinici di una nuova sindrome endocrina nosograficamente isolata per la prima volta dal Pende sotto il nome di *nanismo paratiroideo*. Essa è caratterizzata essenzialmente da un ipoevolutismo delle proporzioni scheletriche, spesso con alterazioni rachitiche delle ossa lunghe (sarebbe particolarmente frequente il *genu valgum*) e dalla presenza di fenomeni tetanoidi e spasmofili, con alterazioni del ricambio fosfo-calcico (ipocalcemia- iperfosfatemia): lo sviluppo sessuale per lo più è sufficiente. Quindi si tratterebbe di una speciale forma di nanismo, che non può certo confondersi con un vero infantilismo, e che con moltissima probabilità deve patogeneticamente riportarsi, secondo il Pende, ad un ipoparatiroidismo. L'A. per la priorità del Pende nella descrizione di tale particolare forma morbosa propone che essa venga chiamata col nome di *nanismo paratiroideo di Pende*.

L'A. si occupa inoltre di una seconda nuova forma di nanismo, individualizzata anch'essa per la prima volta dal Pende sotto il nome di *matronismo precoce*, che è caratterizzata essenzialmente dall'associazione del nanismo con pubertà precoce e con adiposità, andatura, *facies* di donna matura, in bambine di pochi anni.

Questa forma pertanto non può confondersi nè con la macrogenitosomia precoce, nè con nanismi ipergenitali od ipofisari, nè con le macrosomie adipose dei fanciulli di ambo i sessi. Perciò è bene che non vengano deformati nè il nome nè il concetto nosografico esatto, che il Pende ha dato di questa sindrome, poichè qualche autore recentemente ha proposto di sostituire il termine esatto creato dal Pende di matronismo *precoce* col termine di *maturismo precoce*: infatti il maturismo della *facies* e del

corpo del soggetto non è il carattere distintivo assoluto del matronismo precoce, e può trovarsi d'altra parte anche in molti fanciulli con macrosomia adiposa ed in infantili ipopituitarici od ipotiroidei, la cui *facies* è, com'è noto, spesso *senescente*.

Patogeneticamente il matronismo è da considerarsi come una sindrome plurighiandolare, dovuta ad ipotiroidismo, iperovarismo precoce, probabilmente ipercorticalismo surrenale ed ipopituitarismo. A. POZZI.

Malattia di Mikulicz e diabete.

(H. J. JOHN, *Journal American Medical Assoc.*, 15 giugno 1933).

Da tempo è stata intravista un'analogia anatomica e funzionale tra parotidi e pancreas. In conseguenza si è ritenuto che anche le parotidi, oltre a quella esterna, avessero una secrezione interna.

Baccarani e Zagari nel 1903 osservarono che nelle gravi affezioni croniche, come la tubercolosi e la cancerosi, si determina nelle glandole salivari un processo cirrotico ed atrofico che conduce alla cachessia, a gravi disturbi digestivi, ed anche alla morte. In tali casi i detti autori ottennero un miglioramento delle condizioni dei pazienti mediante le iniezioni di estratti di parotide o mediante la legatura dei dotti salivari.

Innumerevoli osservazioni cliniche dimostrano le strette relazioni che intercorrono tra le parotidi ed alcune glandole a secrezione interna, particolarmente con le glandole genitali ed il pancreas.

Le più comuni complicazioni della parotite epidemica sono le orchiti nell'uomo, e le ovariti e le mastiti nella donna sopra tutto negli individui sessualmente già sviluppati.

D'altra parte è stata notata la comparsa di parotite a seguito di interventi ginecologici. Mohr riferì casi di atrofia delle glandole genitali accompagnate da ipertrofia della parotide, che fu notata anche da Haemerli e Dalche nel caso del climaterio femminile e maschile. Infine sono stati registrati casi di ingrossamento della parotide in individui con segni manifesti di ipofunzione tiroidea.

Nel 1897 Ferrannini studiò un caso di diabete salivare. Il paziente emetteva ogni giorno parecchi litri di saliva contenente glucosio. La glicosuria si alternava e sostituiva la glicoscialorrea. Questo caso faceva pensare ad una possibile relazione reciproca tra glandule salivari e pancreas.

Farroni dimostrò che gli estratti di glandule salivari di bue esercitano un'azione glicoinibitoria sui conigli prevenendo o arrestando la glicosuria provocata con l'epinefrina, la floridrizina e la morfina. In vitro gli stessi estratti presentarono una marcata azione glicolitica, su differenti zuccheri.

Ferrannini concluse che le glandule salivari avessero una funzione endocrina analoga a quella del pancreas.

Dieci anni più tardi Best, Scott e Banting trovarono nelle glandole salivari una quantità di insulina superiore a quella che poteva essere apportata dal sangue.

La saliva provoca una modificazione diastasica dei carboidrati ed è indispensabile alla digestione gastrica. Se si asportano ambo le parotidi ad un animale questo muore rapidamente di cachessia. Ciò fu constatato da Baccarani e Morano, e Hemeter osservò che l'innesto di parotide nella parete addominale di animali paratidectomizzati fa scomparire il marasma. Pagliani prolungò la vita di animali paratiroidectomizzati mediante iniezioni di saliva.

Ultimura trovò negli animali privati delle parotidi, ingrossamento della tiroide e delle isole di Langerhans, ed aumento del glicogeno epatico.

Goljanitsky notò che in seguito alla legatura del dotto parotideo di un lato si verificano modificazioni nella parotide dell'altro lato. Spiegò il fatto basandosi sulla teoria delle citotossine di Metchnikoft, e ne concluse che i disordini concomitanti delle gonadi e delle parotidi sono appunto dovuti all'azione delle citotossine.

Mansfeld partì dal concetto che gli organi endocrini sono glandule che hanno perduto il canale escretore, e che le glandole a secrezione esterna possono essere convertite in organi a secrezione interna privandole del loro dotto escretore, e che legando il dotto di Stenone la parotide si doveva convertire in un organo secernente insulina. Questa ipotesi era basata sulle analogie embriologiche e morfologiche del pancreas e delle glandule salivari, e sul fatto che gli organi stessi provvedono alla digestione dei carboidrati. In effetti egli osservò che la legatura dei dotti di Stenone nei cani produceva un abbassamento del tasso glicemico, che ritornava al normale con l'asportazione delle parotidi. Notò inoltre che nel diabete sperimentale prodotto dall'ablazione parziale del pancreas la legatura dei dotti di Stenone abbassa l'iperglicemia. Però nel diabete da asportazione totale del pancreas la stessa legatura rimase senza effetto. Mansfeld ne concluse che le parotidi producono una sostanza che stimola la funzione pancreatica. Seeling, Dobrzaniecki e Michalowski ripeterono questi esperimenti ed ottennero i medesimi risultati.

Nel 1932 Zimmermann studiò istologicamente le parotidi a varie epoche dopo la legatura del dotto di Stenone. Rilevò una progressiva atrofia e fibrosi del parenchima glandulare, ed un aumento delle cellule stellate e di Giannuzzi, che possono considerarsi come le corrispondenti delle cellule delle isole di Langerhans. Egli ritiene che la secrezione interna delle glandole salivari è simile a quella del

pancreas, e che ambo gli ormoni sono antagonisti dell'epinefrina.

In relazione a questi dati sperimentali furono fatti tentativi di cura del diabete mediante la legatura dei dotti di Stenone. Galjanitsky pubblicò casi favorevoli, e così anche Seeling. Ma quest'ultimo autore in una pubblicazione successiva affermò che i miglioramenti ottenuti potevano considerarsi trascurabili.

Uno studio clinico interessante fu fatto da Mironescu, Nicolicesco e Stefanesco, i quali determinarono lo zucchero ematico in quindici pazienti di parotite epidemica. Lo trovarono normale in nove casi, leggermente aumentato in cinque, e leggermente diminuito in uno. Nove di questi pazienti presentavano glicosuria.

Nel 1892 Mikulicz descrisse una sindrome caratterizzata da un ingrossamento bilaterale, cronico, indolente delle glandule lagrimali e salivari che si verifica per lo più nel corso di malattie cachetizzanti. Successivamente furono pubblicati numerosi casi di questa forma che fu variamente interpretata.

Charvát pensa che l'ingrossamento delle parotidi rappresenta un'iperplasia compensatoria del parenchima glandulare in risposta ad una riduzione della funzione insulogenica, o come un sintoma dell'iperfunzione endocrina delle glandole salivari. In due pazienti l'ingrossamento decrebbe in seguito a trattamento antidiabetico.

Flamm in una donna affetta da ipertensione constatò frequenti attacchi di gonfiore delle glandole salivari accompagnati da dolore, febbre ed altri segni d'infiammazione; negli intervalli tra gli attacchi la parotide rimaneva alquanto ingrossata. Più tardi si constatò che la donna era affetta da diabete mellito.

In seguito a questa constatazione il Flamm si decise a dosare lo zucchero nel sangue ed a ricercare la stessa sostanza in tutti gl'individui che presentavano gonfiore delle parotidi. Su ventisette di tali soggetti vi trovò iperglicemia e glicosuria sedici volte, e negli altri undici casi riscontrò riduzione della tolleranza allo zucchero. Egli attribuì l'ipertrofia delle parotidi ad un fenomeno di compensazione.

John, autore di questo articolo, studiò quattro casi nei quali l'ingrossamento delle parotidi era accompagnato da diabete di media intensità. Anche queste osservazioni dimostrano all'evidenza le relazioni funzionali esistenti tra il pancreas e le parotidi. Allo stato dei fatti non si può dire quale sia il punto di partenza delle due alterazioni concomitanti e se i due processi siano della stessa natura, in altre parole quale organo ammali per il primo e quale sia la natura della reazione dell'organo leso secondariamente, reazione similare o compensatoria.

Per il momento la questione ha un'importanza esclusivamente teorica, ma non è escluso che essa possa avere un riflesso notevole nel campo della clinica e della terapia. DR.

AFFEZIONI CUTANEE.

Eczema e allergia.

(A. SÉZARY. *La Presse Médicale*, 15 nov. 1933).

Quando si studia la patogenesi di una affezione, si è portati ad interpretare dei fatti e a formulare delle ipotesi. Queste ultime sono in medicina quanto vi è di più pericoloso ma, nello stesso tempo, di più prezioso. Senza un fondamento solido, esse distolgono dalla verità, mentre se edificate su delle buone basi esse incitano alle ricerche di controllo, donde può nascere un progresso nelle nostre conoscenze.

Bisogna dunque essere prudenti in ogni tentativo di esplicazione patogenetica, e ciò è particolarmente necessario quando si cerchi di spiegare una dermatosi come l'eczema e di mettere in luce i suoi rapporti con un fenomeno biologico che alcuni chiamano allergia, altri ipersensibilità, altri intolleranza. Termini questi il cui senso preciso è ancora in discussione.

Il problema della patogenesi dell'eczema è stato ampiamente discusso nel 1930 al Congresso Internazionale di Dermatologia di Copenhagen. La maggior parte degli autori si sono trovati d'accordo nel considerare l'eczema come una reazione allergica, rigettando completamente la vecchia teoria microbica.

L'eczema non potrebbe essere definito per la sua etiologia che è troppo varia, nè per uno solo dei suoi caratteri, essendo solo l'insieme di essi patognomonico.

Esso consiste in una lesione istologica dell'epidermide, ben descritta da Unna, Darier e altri e che è la *spongiosa*: questa consiste in una infiltrazione di plasma fra le cellule del corpo mucoso di Malpighi, infiltrazione che si raccoglie a formare delle vescicole. Queste vescicole possono essere visibili alla superficie della pelle, ma possono anche non essere ben distinguibili; è allora il microscopio che permette di fare la diagnosi di eczema in alcune eruzioni la cui diagnosi era discutibile.

Una tale lesione non è però patognomonica, potendosi avere anche in altre affezioni, come la tricofizie cutanea, l'epidermofizie inguinale, ecc.

Il secondo carattere dell'eczema, che completa il carattere morfologico, è di ordine biologico, e cioè l'allergia. Questa è stata messa in evidenza negli eczematosi in varie maniere; anzitutto dal fatto che l'agente patogeno ha potuto essere a lungo ben tollerato dal malato alla dose attualmente nociva e che esso è ben sopportato dalla generalità degli individui; inoltre dai caratteri sintomatologici ed evolutivi dell'affezione; ed infine per mezzo della esplorazione funzionale della cute con i *tests* cutanei. Su quest'ultimo mezzo diagnostico vi è qualcosa da dire.

Il più spesso, per svelare una ipersensibilità specifica, si utilizza il metodo dei *tests* cutanei e si pratica una cutireazione, intradermoreazione e epidermoreazione. Se la risposta di una

di queste reazioni è positiva si dichiara che il soggetto è sensibilizzato di fronte all'antigene impiegato e che la dermatosi è allergica. Ciò facendo, ci si presta a due critiche: in primo luogo si considera la reazione ottenuta come specifica rispetto all'antigene e le si accorda un'importanza capitale nel determinare l'agente etiologico, mentre essa è spesso infedele e ingannatrice. In secondo luogo non si tien conto della modalità del *test* cutaneo che dà la reazione più marcata, nè del tipo di lesione cutanea ottenuta.

Ora queste due particolarità hanno, secondo l'A., grande importanza per il problema patogenetico.

Ed infatti i diversi *tests* cutanei (epidermo, intradermo-cuti-reazione) hanno una sensibilità variabile secondo la natura della dermatosi allergica in cui li si utilizza. Alcuni di essi non provocano nessuna reazione in una affezione in cui gli altri sono positivi: vi è cioè una elettività speciale di alcuni *tests* per determinate affezioni cutanee: l'epidermo-reazione, per esempio, è la prova di scelta per l'eczema mentre è negativa nel prurigo e nell'orticaria. Questa variabilità di risposta dipende sicuramente dalla parte della pelle (derma, epidermide, sistema vascolo-sanguigno) che più particolarmente è sensibilizzata e quindi attaccabile: questa è, per l'eczema, l'epidermide.

Un'altra particolarità importante che si aggiunge alla precedente e ne precisa il senso è che le diverse prove cutanee provocano delle lesioni differenti secondo le dermatosi che esistono nei soggetti esplorati: si può avere cioè sia la spongiosa epidermica come nell'eczema, sia una papula dermica infiammatoria, come nel prurigo, sia una papula dermica edematosa, come nell'orticaria. Queste diverse reazioni non possono avere il medesimo significato, ma dipendono anch'esse, secondo l'A., dalla parte di cute che si trova maggiormente sensibilizzata.

Ora, nell'eczema, tutto fa pensare che l'epidermide sia la parte della pelle maggiormente sensibilizzata; anzitutto sono i *tests* che interessano l'epidermide quelli che dànno reazione; questa poi assume l'aspetto della spongiosa, lesione caratteristica dell'eczema. Che infine l'allergia sia un fenomeno essenzialmente cellulare è dimostrato dalla esperienza di Bloch: trapiantando in un soggetto sano, non sensibilizzato, dei frammenti di pelle di un soggetto affetto da tricofizie, egli ha visto più tardi questo frammento innestato restare sensibile alla iniezione di tricofitina. Ciò prova che quando la causa che produce la reazione non è umorale, come nell'orticaria, essa non può trovarsi altro che nella pelle stessa.

Ma altri punti meritano di essere precisati:

a) i risultati sperimentali sono talvolta resi oscuri dall'esistenza di una doppia sensibilizzazione, che si manifesta ora a carico del derma ora dell'epidermide;

b) nulla nella sintomatologia, evoluzione, modo di produzione di queste reazioni cutanee ricorda l'anafilassi: questa è una reazione generale molto verosimilmente umorale. L'allergia dell'eczema è invece un processo puramente epidermico nel quale l'importanza dell'antigene è tutt'altro che dimostrata. La denominazione di eczema anafilattico è dunque errata.

c) la reazione che dànno i *tests* cutanei nelle varie malattie è caratterizzata dalla localizzazione e dal tipo istologico della malattia stessa. Forse ciascun organo e persino ciascun tessuto di ogni organo si allergizza indipendentemente dagli altri. Non è certamente esplorando la pelle, anche coi metodi che ci danno conto dello stato del sistema vascolo-sanguigno che si può rendersi ragione dell'allergia del cervello;

d) quanto all'importanza che si può attribuire al simpatico nella genesi dell'eczema, essa è quasi nulla. I disturbi del simpatico, dovuti sia a lesioni organiche che a anomalie funzionali, non sono eczematigeni. Tutt'alpiù, come per la pigmentazione cutanea, quando il sistema simpatico interviene, è per localizzare l'infezione non per provocarla.

Questi dati che precedono non sono inutili per chi voglia definire l'eczema, potendosi indicare con questo termine ogni dermo-epidermite, che risulti da una reazione allergica dell'epidermide e che sia caratterizzato da una spongiosa di media intensità.

La natura di questa reazione allergica dell'epidermide è ancora misteriosa. Al Congresso di Copenhagen la tendenza generale è stata di invocare un conflitto antigene-anticorpo che si manifesterebbe a livello della cute.

Purtuttavia, nell'eczema, la presenza di questi pretesi anticorpi, non è stata dimostrata. Non solo; ma come spiegare con questa dottrina gli eczemi dovuti agli agenti fisici, come la luce? Qui invano si cercherebbe un anticorpo. La teoria del conflitto antigene-anticorpo è dunque sembrata insufficiente e l'orientazione delle idee si è modificata. La teoria fisica merita, secondo l'A., maggior credito. Si può immaginare infatti che, quando una parte dell'epidermide è sensibilizzata, essa sia la sede di una modificazione fisica che si estende gradualmente prima alle cellule vicine, poi a tutto il tegumento.

Si potrebbero supporre dei fenomeni vibratori molecolari che si propagherebbero da una cellula all'altra.

Si tratta di un'ipotesi indubbiamente fantasiosa, ma che ha il merito di spiegare anche l'ipersensibilità innata o idiosincrasia, alla quale la teoria degli anticorpi non ha mai potuto essere applicata.

La conclusione è che nell'eczema il fenomeno capitale consiste in una sensibilizzazione delle cellule epidermiche, sensibilizzazione che è specifica soltanto per la sua localizzazione e per la lesione istologica che essa comporta, ma non

per la sua causa. Viene così ad essere confermata anche da un punto di vista generale, l'importanza delle reazioni allergiche tissulari.

G. LA CAVA.

Le concezioni attuali dell'herpes.

(M. ALBEAUX-FERNET e P. COLLART. *Gaz. des Hôp.*, 14 ott. 1933).

L'erpete, classificato un tempo fra le dermatosi, appare oggigiorno come una malattia specifica virulenta a germe ignoto di cui le lesioni cutanee non rappresentano che una manifestazione.

Molte cause possono favorire la comparsa della eruzione. Le più frequenti sono: alcune malattie infettive (meningite cerebro-spinale, polmonite, spirochetosi ittero-emorragica), le infezioni locali, le intossicazioni, i disturbi endocrini, gli stati di squilibrio vago-simpatico, i traumi, le emozioni. Ma si tratta di cause occasionali che risvegliano il virus fino allora latente. Contrariamente dunque all'antica concezione di una sindrome ad etiologia multipla, gli studi biologici recenti hanno dimostrato l'unica specificità delle numerose forme cliniche di erpete.

Si tratta di un virus filtrabile, che si conserva in glicerina come il virus rabico e resiste a bassa temperatura, mentre col calore perde la sua virulenza. È distrutto dalla bile e da certi antisettici, specie il bleu di metilene, il trypanblau.

Le culture di virus erpetico sono state realizzate in vivo, nell'animale e nell'uomo. L'animale di scelta è il coniglio. Inoculando il virus nella cornea si determina una cheratite, inoculandolo nella camera anteriore dell'occhio si provoca una affezione rapida dell'encefalo. Encefalite si produce anche, per via nervosa, inoculando del virus nell'interno di un nervo periferico. Si è potuto anche determinare una eruzione erpetica tipica per inoculazione sperimentale.

Le mucose e tutti i visceri possono servire di porta d'entrata, ma in ogni caso il virus raggiunge rapidamente il sistema nervoso, di preferenza accantonandosi nell'Hippocampo e nel corno di Ammone, determinando la morte dell'animale per encefalite.

Nell'uomo il virus determina invece una affezione particolarmente benigna che non provoca immunità. Le lesioni erpetiche sperimentali sono autoinoculabili in serie fino al 5° o 7° passaggio.

La sensibilità all'erpete sperimentale può essere modificata da alcuni stati fisiologici o patologici. L'uomo presenta rispetto all'erpete una speciale recettività sopratutto nella fase critica delle malattie infettive. Il virus erpetico, allo stato latente in un punto fisso dell'organismo (probabilmente a livello dei gangli spinali) esalta la sua virulenza alla minima occasione. Così si spiegherebbero i numerosi casi di erpete recidivante.

Da tutte queste ricerche risulta che il virus erpetico presenta una doppia affinità dermotropa e neurotropa. Secondo alcuni AA. esisterebbe una certa analogia con il virus dell'encefalite letargica, ma la maggior parte pensano che il virus erpetico presenta dei caratteri di inoculazione ben definiti e distinti da quelli dell'agente etiologico dell'encefalite letargica, concezione che è appoggiata dai fatti clinici. Infatti l'erpete appare come una malattia banale, molto frequente, procedente per *poussées*, inoculabile, poco contagiosa e spesso recidivante, al contrario dell'encefalite che è essenzialmente epidemica ed evolve con continuità; l'erpete spontaneo è eccezionale nel corso dell'encefalite; infine le modificazioni del liquor differiscono nelle due affezioni: esso è poco modificato nell'encefalite, mentre presenta forte linfocitosi nell'erpete.

Quanto all'identità dell'erpete e della zona essa non è oggi più ammessa.

Clinicamente l'erpete si manifesta con una triplice affezione: cutanea, linfatica e nervosa.

Precede un periodo d'incubazione di due o tre giorni, caratterizzato da brividi ed elevazione termica (febbre erpetica di Parrot). Tre giorni circa dopo il brivido iniziale compaiono le manifestazioni cutanee. Queste presentano una prima fase congestizia iniziale o stadio preeruttivo di Besnier, durante la quale non è raro constatare una macchia eritematica o edematosa sulla pelle e insieme dei fenomeni dolorosi a tipo di formicolio, di prurito, talora di vera nevralgia della durata di qualche ora.

Segue lo stadio di vescicolazione o stadio di eruzione di Besnier e Doyen. Le vescicole sono uguali, rotonde, del volume di una testa di spillo, trasparenti, a contenuto chiaro, citrino sieroso, raramente emorragico. Di numero variabile, si raggruppano generalmente in ammassi separati, ma talora confluiscono a formare delle pseudo-bolle irregolari, a contorno policiclico.

I gangli linfatici corrispondenti sono leggermente tumefatti, senza periadenite.

Il giorno appresso le vescicole diventano opache, si trasformano in vescico-pustole che si disseccano formando una crosta giallastra assai aderente, mentre la placca eritematosa scompare.

Nello stadio post-eruttivo la crosta cade lasciando una superficie rossa, leggermente brunastra, che scompare poco a poco senza lasciare cicatrice.

Questo è l'aspetto dell'eruzione erpetica a livello della pelle. Nelle mucose la vescicola è più effimera e assume un aspetto pseudomembranoso, dando presto luogo ad una erosione dolorosa, rotonda, nettamente limitata, a fondo liscio, rosso, talora ricoperto di un induito difteroide. Le ulcerazioni di solito con-

fluiscono venendo a costituire una lesione a contorni micro-policiclici caratteristici.

La sede dell'erpete è la più varia e, al contrario della zona, non obbedisce nè alla distribuzione radicolare nè alla regola dell'unilateralità. Si localizza di preferenza attorno agli orifici naturali, principalmente della faccia e degli organi genitali, ma può occupare qualunque parte del corpo, occupandone il più spesso una sola regione.

È nota la frequenza dell'erpete labiale nelle affezioni pneumococciche. L'erpete congiuntivale costituisce una delle forme della congiuntivite flittenulare. All'erpete della cornea sono da riferire alcune cheratiti ad etiologia ignota. L'erpete buccale è più raro e accompagna in genere un erpete abbondante delle labbra e della faccia, essendo spesso bilaterale.

A livello del faringe l'erpete costituisce l'angina erpetica, caratterizzata da una invasione brusca, con temperatura elevata, segni generali intensi, dolore locale assai acuto. Obiettivamente è eccezionale trovare delle vescicole; più spesso si trovano delle lesioni erosive, micropolicicliche, difteroidi o no. Si ha tumefazione dolorosa dei gangli sottomascellari.

L'erpete genitale merita uno studio particolare per la sua tendenza alle recidive, per gli errori di diagnosi che provoca e per le infezioni gravi alle quali apre la porta. Nell'uomo ha più frequente sede nel glande, nel solco balano-prepuziale, nella faccia interna del prepuzio. Le vescicole spariscono assai rapidamente lasciando a nudo una superficie erosa, da cui trasuda una sierosità abbondante; le erosioni possono essere semplici o policicliche e possono ricoprirsi di un indulto pseudomembranoso. Tutti questi caratteri e la costatazione di un leggero dolore, l'assenza di indutamento alla base, l'abbondanza della sierosità, l'adenopatia molto discreta permettono facilmente la diagnosi.

La diagnosi può però essere resa difficile da modificazioni determinate da un trattamento antisettico irritante delle lesioni, che ne induriscono la base, o da una fimosi infiammatoria e da una tumefazione dolorosa dei gangli.

L'erpete può anche aver sede nell'uretra e dar luogo ad uno scolo che potrebbe far pensare ad una blenorragia.

Nella donna l'evoluzione è più lenta. Si accompagna a febbre leggera, a edema delle grandi labbra. Provoca spesso un'adenite dolorosa con secrezione leucorroica più o meno abbondante. La guarigione si ottiene in 15-20 giorni.

La gravità di queste localizzazioni deriva dalla possibilità che queste lesioni aprano la porta ad affezioni gravi, specie alla sifilide, che rischia di passare inosservata e d'essere riconosciuta solo tardivamente.

D'altra parte l'erpete genitale si associa frequentemente a fenomeni nervosi (rachialgie, dolori lombari, cefalee, sonnolenza, reazione del liquido cefalo-rachidiano; linfocitosi con iperalbuminosi transitorie). Più raramente si manifesta una vera meningite acuta linfocitaria che viene rapidamente a guarigione.

Gli erpeti genitali hanno una tendenza particolare alla recidiva. Gli erpeti periodici si presentano senza causa apparente sopra un territorio presso a poco fisso, ad intervalli più o meno lontani. Il ritmo è regolare per ogni soggetto. Ed è soprattutto in casi di erpete recidivante che si manifestano i disturbi nervosi, sia disturbi della sensibilità locale (prurito), talora di ordine obiettivo (iperestesie, parestesie), sia veri dolori nevralgici. Talora le manifestazioni nervose esistono da sole o si alternano con *poussées* di erpete.

Le sedi più frequenti degli erpeti recidivanti sono gli organi genitali, le cosce, la faccia, le dita.

La diagnosi dell'erpete è soprattutto difficile quando ha sede negli organi genitali e presenta delle anomalie. Bisogna allora tener conto di tutti i caratteri clinici sopra ricordati, specie per differenziare l'erpete dalla lesione primaria della sifilide. C. Toscano.

MISCELLANEA.

La linfogranulomatosi maligna.

(C. Krachen. *Zentr. f. innere med.*, 28 ottobre 1933).

Nulla sappiamo dell'etiologia di codesta malattia: cosicchè non è possibile costruire alcuna fondata teoria patogenetica, afferma l'A.

Sappiamo invece oggi che tra il carattere istologico della prima fase (quello dell'iperplasia linfatica) e quello della seconda fase (la formazione di connettivo) esisterebbe uno stretto rapporto, giacchè secondo Maximow e Katzenstein il connettivo deriverebbe direttamente dai linfociti; tale fatto porterebbe nuova luce sui rapporti tra linfogranulomatosi e sarcomi delle linfoglandole.

Per quanto riguarda la tubercolosi non è stata raggiunta ancora alcuna prova della identità delle due malattie.

Non è neppure possibile di stabilire con certezza sino a che punto le influenze tossi-infettive, le turbe del ricambio e le disfunzioni endocrine prendano parte al meccanismo patogenetico.

Caratteristici per la malattia restano: il decorso a tappe (Schüben), la mancanza di fenomeni di fusione delle glandole e l'assenza di un'anemia grave quale si osserva invece in altre infezioni.

La terapia è essenzialmente radiologica, benchè si ottengano buoni risultati con piccole dosi di jodio, e con l'arsenico; con la radioterapia si ottiene una remissione di sintomi e un prolungamento della vita di 1-2 anni: le tecni-

che di irradiazione consigliate sono molteplici, e nessuna di esse si è dimostrata superiore alle altre; in ogni caso deve essere attentamente vagliata la tecnica da seguire.

L'irradiazione veramente utile è quella applicata sulle glandole; quelle della milza e del midollo osseo si sono dimostrate inefficaci.

La cura deve essere sistematica e condotta a lungo; a volte, con l'andar del tempo, si nota una radioresistenza, oppure un peggioramento delle condizioni del malato sotto l'azione dei raggi.

Anche quando ogni cura è vana, non si deve abbandonare il malato, per un senso di dovere e per ragioni sentimentali.

In conclusione si può dire che:

1) la radioterapia deve essere precoce e intensa;

2) deve essere protratta in un secondo tempo, sempre sotto il controllo del numero dei linfociti;

3) negli stadii terminali o nelle forme acute, deve essere invece blanda e breve.

V. SERRA.

Ricerche sul metabolismo e sulla terapia delle miopatie.

(M. HARRIS, E. BRAND. *Journ. of Am. Med. Ass.*, 30 settembre 1933).

È stato detto molto giustamente che un metodo razionale di cura delle miopatie non sortirà probabilmente soltanto dagli studi clinici ma troverà piuttosto la sua base nello studio biochimico di queste malattie: campo ancor oggi quasi inesplorato e che ripagherà largamente ogni fatica che venga in esso spesa. E ciò sia detto non per diminuire l'importanza dei contributi clinici apportati dai primi investigatori ma piuttosto per indicare quali debbano essere le direttive per un ulteriore progresso delle nostre cognizioni in tal campo.

Folin ha dimostrato che nell'adulto normale si ha giorno per giorno l'eliminazione con l'urina di quantità uniformi di creatinina ma non di creatina.

La quantità di creatinina eliminata non è influenzata, nell'adulto normale, dal livello in proteine della dieta: si è visto inoltre che la quantità di creatinina escreta è in relazione con la massa muscolare ma non col tono o con l'attività dei muscoli: quale sia il significato di questo rapporto non è ancora completamente chiaro. Certo si è che un intimo rapporto fra metabolismo dei carboidrati ed escrezione della creatinina deve esistere ed avere importanza non trascurabile.

Gli AA. che da vari anni si occupano delle modificazioni del metabolismo nel corso delle miopatie, e ciò specialmente allo scopo di stabilire quali possano essere gli eventuali effetti terapeutici di una prolungata somministrazione di glicina, riportano in questo lavoro gli studi fatti su un gruppo di pazienti affetti da distrofia muscolare progressiva e su di un altro gruppo di malati con vari tipi di lesioni a carico del sistema neuromuscolare.

Per quanto riguarda l'escrezione della creatinina, nei pazienti affetti da distrofia muscolare progressiva, fu visto che la quantità di creatinina eliminata era tanto minore quanto più grande era l'inabilità del paziente. Il livello di eliminazione rimaneva costante per lunghi periodi, ma poteva aumentare per un aumento di ingestione di proteine.

Per quanto riguarda l'escrezione della creatina, si sa come essa dipenda in parte dal livello azotato della dieta. Il gruppo di pazienti affetto da distrofia muscolare mostrò un aumento dell'escrezione della creatina ed una diminuita tolleranza verso di essa, cosa che non si verificava nel gruppo di pazienti affetti da malattie neuromuscolari.

Per quanto infine riguarda la somministrazione terapeutica quotidiana di glicina in quantità di 7-25 gr. nessun effetto è stato notato sulla escrezione della creatinina sia nei pazienti affetti da distrofia muscolare sia in quelli con malattie neuro muscolari. L'escrezione della creatina invece aumentò nei distrofici muscolari, rimase normale negli altri. Clinicamente non fu notato alcun miglioramento nei pazienti sottoposti a cura con glicina.

G. LA CAVA.

Trattamento sclerosante delle varici coi sali di chinina.

(J. FERNANDEZ. *Boletin del Istituto de Clinica Chirurgica*, n. 69-72).

Il trattamento sclerosante delle varici ha la sua origine con Pravaz che nel 1853 insieme con Chassaignac praticò le iniezioni di percloruro di ferro, che però fu abbandonato per i molteplici accidenti. Nel 1875 Valette adoperava il liquore iodotannico. Negretti nel 1880 il clorol. Tavel nel 1904 inietta una soluzione fenicata al 5 %, previa legatura della vena varicosa, ciò che complicava il metodo, invece di semplificarlo. Altrettanto può dirsi dello Schiassi che effettua un procedimento misto legando la safena e iniettandovi dentro una soluzione iodoiodurata. Il prof. Sicard, dopo la guerra, propose, dopo avere con incerto risultato adoperato il carbonato di sodio, di rimpiazzarlo con il salicilato di sodio.

Gevevrier nel 1917 osserva la proprietà sclerosante della chinina nel trattamento del paludismo e propone questo sale in combinazione con l'uretano come analgesico. Questa è una eccellente soluzione che dà ottimi risultati perchè oltre ad essere più sclerosante del salicilato di sodio, ha il vantaggio di non produrre dolore intenso immediatamente dopo l'iniezione.

Si utilizza la formula seguente:

Cloridrato neutro di chinina	0,40 gr.
Uretano	0,20 gr.
Acqua distillata	3 cc.

Si conserva in un'ampolla e si comincia ad adoperare con dosi di mezzo cm^3 aumentando ogni volta di mezzo in mezzo cm^3. Difficilmente si oltrepassa i 2 cm^3 in una sola iniezione.

AZIONE DELLA SOSTANZA SCLEROSANTE.

Anatomia patologica. — Il composto chimico non agisce coagulando il sangue del vaso iniettato ma provocando dapprima una reazione dell'endotelio venoso con un procedimento che Tournay divide in 4 tempi:

1) Dopo 12-14 ore l'endotelio si infiltra, si fa tumefatto, si congestiona, riducendo il lume vasale. 2) Nei giorni seguenti si ha una grande proliferazione di cellule endoteliali, nelle quali si deposita della fibrina, che aderisce intimamente alla tunica infiammata. 3) Il lume del vaso si ostruisce completamente con un coagulo, che è fisso fra i prolungamenti connettivali, che partono dall'endotelio. 4) Infine si stabilisce la sclerosi con l'organizzazione del coagulo, che comincia al 6° giorno fino a ridurre la vena varicosa ad un cordone fibroso.

Si tratta cioè di una endoflebite chimica differente dall'endoflebite infettiva in cui il coagulo è libero e può facilmente staccarsi.

Per ciò Sicard riserva il nome di venite e perivenite alla reazione provocata per le iniezioni sclerosanti e di flebite a quelle di origine infettiva.

Controindicazione. — È controindicato trattare gli ipertesi e pletorici, i cardiopatici scompensati e i cardiorenali. Negli albuminurici e diabetici bisogna fare un trattamento molto delicato. La gravidanza costituisce una controindicazione formale; così i casi di tromboangioite obliterante o claudicazione intermittente in cui ostruire le varice è porre una barriera al circolo di ritorno.

Bisogna badare agli accidenti come ecchimosi, ematoma, perivenite e escare, tutti accidenti prodotti da cattiva tecnica.

In conclusione: Il metodo sclerosante delle varici con i sali di chinina costituisce un valido e importante contributo al suo trattamento. È un metodo inoffensivo, e questa innocuità è attestata dalle migliaia di iniezioni effettuate senza accidenti. Non è sempre un metodo radicale e assoluto come non lo è nessuno di quelli fino adesso conosciuti. Ha il vantaggio di potersi effettuare repentinamente nei casi di recidiva. È poi un valido collaboratore del trattamento chirurgico.

N. Di Paola.

DIVAGAZIONI

È realmente contagiosa la tubercolosi?

Su questo argomento si è svolta recentemente una polemica fra A. Lumière e A. Calmette, l'ultima forse che il grande studioso abbia sostenuto prima di morire.

A Lumière, che aveva portato argomenti e statistiche a dimostrazione della sua tesi, che cioè il pericolo di contagio nella tubercolosi sia minimo, Calmette ha risposto confutando con altri argomenti e con citazioni di casi in cui il contagio si è potuto dimostrare nella maniera più certa. Ma Lumière non ha ceduto le armi: nella *Presse Médicale* del 15 novembre 1933 egli controbatte una per una tutte le argomentazioni portate dal Calmette.

Questi non ha infatti provato che i calcoli e le statistiche portate dal Lumière siano inesatte; si è soltanto limitato a citare alcuni casi particolari, avvenuti in condizioni più o meno eccezionali e nei quali dei fattori anormali turbano certamente i principî generali del problema toccato. Il Calmette non ha portato nessun esempio preciso di contagio nei tisiologi, nè un solo caso di contagio coniugale, nel quale il congiunto di un tisico fosse originariamente indenne dalla tubercolosi, mentre casi simili dovrebbero contarsi a centinaia se la tubercolosi fosse realmente contagiosa per l'adulto. Al contrario si possono citare migliaia di casi in cui questa contaminazione non ha avuto luogo, malgrado la più grande promiscuità.

La tubercolosi, conclude Lumière, è certamente contagiosa per il neonato e per i soggetti che siano sempre vissuti lontani dai tubercolotici; essa è anche contagiosa per gli animali, ma in condizioni del tutto differenti da quelle della vita umana. Lumière non nega che la tubercolosi sia teoricamente contagiosa: essa lo è anche, praticamente, per il neonato, ma non per l'adulto nelle principali regioni europee. Questo contagio entra nel meccanismo di propagazione della malattia in meno che il 5 per 100 dei casi, se si eccettua la tubercolosi della prima infanzia.

Ne deriva che una lotta antitubercolare indirizzata in questo senso non è quella che sarà capace di far regredire il flagello.

A queste idee ed affermazioni, che suonano eretiche per la scienza ufficiale, Calmette risponde con poche parole. Egli prende atto delle dichiarazioni di Lumière che « la tubercolosi è certamente contagiosa per il neonato e per i soggetti che hanno sempre vissuto lontano dai tisici. È il risultato essenziale, — egli dice, — di una discussione che sarebbe interminabile ».

G. La Cava.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

M. TRINCAS. *Chirurgia vasale*, Roberto Spaggiari, Parma. L. 25.

In un volume di 384 pagine, in bella veste tipografica, dedicato al proprio maestro Raffaele Paolucci, l'A. tratta i più importanti capitoli di chirurgia vasale.

Premessi alcuni cenni anatomo-istologici sulle arterie e esposti ampiamente i fondamenti della chirurgia vasale, vengono considerati: i traumatismi vasali, la trombosi, l'embolia, gli aneurismi arteriosi, gli aneurismi artero-venosi.

Nello svolgimento di questi argomenti, ad ampie premesse teoriche, corrisponde dal punto di vista sintomatologico e diagnostico una particolareggiata trattazione di ogni singola localizzazione della lesione fondamentale e della relativa terapia.

Libro, quindi, come il titolo vuole, di pratica clinica e terapeutica; che tuttavia non misconosce, ma anzi trae felicemente i suoi fondamenti dalle acquisizioni di fisiopatologia e di anatomia patologica. B. PAGGI.

U. NOBILI. *Chirurgia comune e d'urgenza*. Bologna, 1933.

L'A. raccoglie in un volumetto di 300 pagine quanto la ventennale pratica chirurgica ospitaliera gli ha suggerito di utile nei riguardi della tecnica operatoria corrente.

L'intento del libro è di indicare la soluzione di tanti piccoli problemi che sorgono nella pratica operatoria quotidiana, di cui in genere non si parla nei grandi trattati, ma che spesso lasciano perplessi specialmente coloro che lontani dai grandi centri, non trovano pronto il conforto dell'esperienza altrui.

E dobbiamo dire che il libro, anche per merito delle numerose illustrazioni in gran parte originali, raggiunge perfettamente lo scopo.

P. STEFANINI.

G. MAGNUS. *Frakturen und Luxationen*. Vol. di pag. 86 con 43 fig., 2ª ediz. Edit. J. Springer, Berlino. R. M. 3,60.

Il volumetto, come dice l'A., non è destinato per i chirurgi ma agli studenti e ai medici pratici perchè vi trovino un rapido orientamento nelle varie forme di fratture e lussazioni e una indicazione sia al soccorso immediato che alla cura vera e propria della frattura o della lussazione.

La trattazione è breve ma non a scapito della chiarezza; le indicazioni sono poste nettamente riguardo ai vari metodi di cura; specialmente questa parte sarà utile anche al chirurgo perchè riflette l'esperienza dell'A. da molti anni dirigente un grande reparto di traumatologia.

P. VALDONI.

S. FREY. *Die Embolie*. Vol. di pag. 178 con 36 fig. e 16 tabelle. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1933. R. M. 12.

Il tema « embolia » è di grande interesse per il chirurgo e specie nell'ultimo decennio è stato un campo di lavoro fecondo per i risultati pratici che ne sono derivati. Basta pensare all'operazione per l'embolia polmonare che ha dato risultati che non rappresentano più il miracoloso e per gli emboli periferici che ha permesso di salvare già in centinaia di casi arti destinati a essere amputati. Ma gli studi sull'argomento, le modificazioni così importanti della tecnica operativa sono sparsi nella letteratura mondiale; nei libri anche recenti poco o nulla si trova.

Il Frey in quest'opera monografica, ha voluto risparmiare allo studioso la ricerca su vari giornali e ha voluto, ricco di un'esperienza personale, sottoporre a critica ragionata i risultati.

È discussa ampiamente la patogenesi e la clinica delle varie forme e delle varie sedi della embolia; è portata in dettaglio la tecnica operativa illustrata anche con figure originali degli AA. cui spetta il merito delle più importanti modificazioni. P. VALDONI.

ROBERT LEVEN. *Vomissements de la Grossesse*, Préfaces de MM. les Dcts. RUDAUX et G. LEVEN. Un vol. in-8° di pag. 158, con 26 fig. n. t. Paris. Edition Médicales Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole de Médecine, 1932.

Nell'epoca attuale, in cui si rende sempre più evidente il fenomeno della paucinatalità, non può che venir bene accolto un metodo terapeutico, il quale miri ad evitare, alla gestante, i tormentosi vomiti incoercibili, e conseguentemente i danni che li accompagnano, fra i quali talvolta l'aborto. Il dott. Gabriel Leven, padre dell'A. del presente volume, ha compiuto uno studio diligente sulle cause dei vomiti in questione, e le riconduce alla dispepsia, alla dilatazione gastrica atonica ed all'aerofagia, generalmente associate. Se anche ora, le idee di G. Leven non sono adottate da un gran numero di ostetrici, tuttavia si è fatto strada, particolarmente in Francia, il suo metodo terapeutico, il quale non si limita a prescrizioni dietetiche e farmaceutiche, ma esige l'applicazione di manovre e di precauzioni multiple che occorre osservare alla lettera, e che si compendierebbero principalmente nel sollevamento dello stomaco mediante una abbondante fasciatura di crespo, applicata addominalmente.

Roland Leven, nel presente lavoro, dopo aver trattato diffusamente delle forme cliniche dei vomiti di gravidanza (forma dispeptica pura, forma dispeptica con aerofagia, e forma dispeptica con dilatazione gastrica atonica), e

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

dopo aver esposte criticamente le teorie patogenetiche di essi (teoria riflessa, tossica, nervosa, ecc.), insegna dettagliatamente la condotta terapeutica da tenersi, e quindi la tecnica minuziosa del bendaggio addominale in oggetto. I risultati di tale terapia sarebbero molto incoraggianti. *t. g.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 2 dicembre 1933.

Presidente: Prof. G. AYMERICH.

Esplorazione del sistema reticolo-endoteliale nella frenastenia.

V. LONGO. — L'O. ha esplorato, col metodo del rosso Congo di Adler e Reimann, il sistema reticolo-endoteliale nei frenastenici ed ha trovato che i valori dell'indice di ritenzione del rosso Congo si aggirano intorno ai valori dell'indice normale.

Blocco del sistema reticolo-endoteliale da bulbccapnina e da somnifen.

V. LONGO. — L'O., partendo dall'osservazione che nella demenza precoce esiste un blocco quasi completo del sistema reticolo-endoteliale e che la bulbocapnina ed il somnifen, introdotti in circolo, provocano una sindrome catatonica, ha studiato l'azione della bulbocapnina, del somnifen e dell'istamina sul sistema reticolo-endoteliale ed ha trovato che in quasi tutti i casi si determina un blocco del s. r.-e., che è completo nel 65,21 % dei casi, incompleto nel 26 % e rimane invariato nell'8,6 %.

La leishmaniosi viscerale canina in Catania.

A. PREVITERA. — L'O., nell'intento di precisare sempre più i rapporti epidemiologici tra cane ed uomo per la malattia leishmaniosica viscerale del mediterraneo, ha rifatto le statistiche per la leishmaniosi viscerale spontanea del cane in Catania. Mentre nel 1912 le ricerche di Pantò elevavano la percentuale dei cani infetti al 2,42 %, le ricerche eseguite nel 1933 dall'O. portano la stessa percentuale al 6 %. Svolge argomentazioni critiche intorno ai rapporti di dipendenza epidemiologica fra le due forme della malattia viscerale: la umana e la canina.

Il gatto nella trasmissione della leishmaniosi viscerale del Mediterraneo.

A. GIORDANO. — Sulla base di 120 osservazioni su gatti adulti e giovani della città di Catania, l'O. è indotto a concludere che la leishmaniosi spontanea viscerale del gatto in Catania non esiste o se esiste è del tutto eccezionale. Tentativi di infestazione sperimentale diedero costantemente esito negativo.

Corneoma in metamorfosi maligna.

G. FINOCCHIARO AMANTIA. — L'O. illustra un caso di corneoma del labbro inferiore in metamorfosi maligna.

Azione del liquido cefalo-rachidiano sul processo di cicatrizzazione delle ferite.

L. CALABRESE. — Nè per applicazione, nè per somministrazione per via endomuscolare od endovenosa, nelle ricerche dell'O. il liquido c.-r. dimostrò alcuna azione sul processo di cicatrizzazione delle ferite.

I raggi mitogenetici

V. CONSOLI e N. CONSOLI. — Gli OO. hanno ideato una nuova tecnica per la determinazione del potere radiante per mezzo del fotometro di Pulfrich.

Con tale metodo, molto più semplice e preciso di quelli tuttora in uso, essi stanno cercando di determinare la genesi della scomparsa del potere radiante nel sangue degli individui affetti da tumori maligni, partendo dalla ipotesi di lavoro che essa sia causata da azione fisica, oscillatoria, diretta, del tumore, e non per azione inibitrice di prodotti regressivi da questo messi in circolo.

In una prossima nota comunicheranno il risultato definitivo delle ricerche tuttora in corso.

Il Segretario.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta dell'11 novembre 1933-XII.

Presidenza del prof. P. GAIFAMI.

Il prof. LUIGI FERRANNINI commemora il grande Maestro scomparso Pietro Castellino.

Dilatazione ampollare della sella turcica per idrope della cisterna basale.

Prof. S. D'ANTONA. — In un caso di meningite tumorosa che aveva simulato il quadro di una meningite sierosa, all'esame radiografico risultarono alterazioni della sella turcica, da far pensare ad un tumore ipofisario. La necroscopia dimostra che la dilatazione e l'usura della sella non erano dovute nè a tumore dell'ipofisi nè a dilatazione idrocefalica del terzo ventricolo, ma a idrope della cisterna chiasmatica.

L'equilibrio proteico negli sportivi.

Dott. A. MILELLA. — L'O. ha determinato le frazioni di proteine (albumine e globuline) ed il quoziente proteico del siero di sangue di un gruppo di sportivi, allenati e non allenati, di diversi giuochi (canottaggio, nuoto, atletica pesante, atletica leggera, lotta ecc.) seguendo le variazioni dell'equilibrio proteico prima, subito dopo, dopo 10 e dopo 30 minuti primi, dopo lo sforzo.

Ha notato che vi è sempre una variazione dell'equilibrio proteico con un aumento, subito dopo lo sforzo, delle albumine ed una diminuzione delle globuline, fatto che si accentua più negli sportivi allenati.

Il quoziente proteico ritorna nei limiti normali, riscontrati prima dello sforzo, dopo i giuochi.

Riferendosi a sue precedenti ricerche nei cardiaci, ammessa la proteinogenesi funzione del fegato, l'O. ritiene che durante la fatica debba anche intervenire quest'organo. Pertanto si riserva di studiare la funzionalità epatica durante e dopo la fatica.

Studio chimico fisico del sistema antigene-anticorpo.

Dott. V. GAUDIO. — Ha studiato come variano i valori della conducibilità elettrica del sistema antigene-anticorpo così come s'impiega nella classica reazione di Wassermann; ha inoltre misurato la tensione superficiale, il delta crioscopico ed il pH delle miscele fatte con sieri positivi più anti-

gene e parallelamente con sieri negativi più antigene.

Le determinazioni sono state fatte in due tempi: subito dopo la miscela dei liquidi e dopo un'ora di reazione in termostato a 38°.

Non ha trovato cambiamento di valori della conducibilità elettrica, ed ha riscontrato per i sieri positivi un lieve aumento della tensione superficiale, un lieve innalzamento della temperatura di congelamento ed una diminuzione del pH.

Interpreta i risultati ottenuti mettendoli in rapporto alla presenza dei fermenti lipolitici contenuti nel siero di sangue dei sifilitici, i quali agendo sui lipoidi del siero, su quelli dell'antigene e sulle euglobuline, procurerebbero quelle turbe colloidali atte a modificare la tensione superficiale ed il delta crioscopico e da cercare le speciali condizioni perchè le proteine acquistino il potere di adsorbire il complemento.

Pionefrosi fistolizzata in un caso di uterere duplice.

Prof. G. CECCARELLI. — L'O. illustra il caso di un portatore di una fistola alla base del torace destro, che riferisce di essere stato operato di empiema. Dalle ricerche cliniche eseguite, risulta invece che il P. presentava una voluminosa uropionefrosi fistolizzata con uretere duplice. Venne operato e l'infermo venne dimesso in via di guarigione.

Il pezzo asportato era costituito da 2 sacche uropionefrotiche nettamente separate, ciascuna delle quali era provvista di uretere; la sacca più voluminosa e fistolizzata era la superiore.

L'O. fa rilevare la rarità dell'affezione e si intrattiene in considerazioni di ordine anatomo-patologico e clinico suggerite dal caso.

Il Segretario: D. GARGASOLE.

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 30 novembre 1933-XII.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Sulla diatermocoagulazione (con speciale riguardo alla cura dei carcinomi vulvari).

Dott. M. BOSCHETTI. — L'O. indica il modo di ottenere con due elettrodi eguali ed usando gli abituali apparecchi di diatermia di media potenza estese coagulazioni dei tessuti. Sulla scorta di numerose fotografie di carcinomi vulvari dimostra poi l'ottimo effetto, anche cosmetico, che si può raggiungere demolendo radicalmente il neoplasma con questo metodo.

Sulla epato-splenomegalia egiziana.

Prof. G. MONASTERIO. — Dallo studio di tre casi di epato-splenomegalia egiziana osservati dall'O. nell'Ospedale Italiano di Alessandria di Egitto, risulta che la malattia è da considerarsi una cirrosi epato-splenomegalica, con iperplasia intensa del S. R. I. della milza e del fegato, con caratteri particolari, dovuti alla coesistenza di fenomeni infiammatori cronici interstiziali del fegato e clinicamente un'anemia arigenerativa ipocromica con iperemolisi di origine prevalentemente splenica.

Impressioni digitiformi del tavolato interno e corteccia cerebrale.

Dott. G. CAVALLACCI. — Le impressioni digitiformi con frequenza si osservano nei brachi-encefali e sulle parti laterali del tav. int. per cui verosimilmente sono espressione di fenomeni compressivi tra encefalo che tende a svilupparsi lateralmente e calotta. La cort. cerebrale corrispondente è diminuita di spessore, però istologicamente non si notano particolari alterazioni a carico degli elementi cellulari; questo, unitamente all'osservazione che le impressioni si repertano già nei neonati, conforta l'ipotesi che esse si formino nelle prime fasi dello sviluppo, quando la calotta allo stato fibro-cartilagineo offre condizioni di particolare malleabilità.

Associazione di blenorragia e di linfogranulomatosi inguinale.

Prof. V. NICOLETTI. — L'O. ha voluto riferire l'osservazione per i seguenti motivi:

a) perchè essa conferma l'esistenza di casi in cui alla uretrite blenorragica si associa la l. i., casi in cui un esame poco accurato porterebbe ad attribuire alla blenorragia lesioni linfogangliari di tipo insolito, e ad errori terapeutici derivanti da tale errore diagnostico;

b) perchè nel caso stesso i dati anamnestici sembrerebbero dimostrare che la l. i. ha avuto un periodo di incubazione eccezionalmente lungo; se e come ciò sia stato imputabile alla infezione blenorragica, coesistente e contemporaneamente contratta, non è possibile dire;

c) perchè essa conferma che, contrariamente a quanto alcuni Autori hanno osservato per l'associazione della sifilide florida, l'associazione della infezione blenorragica non modifica l'allergia cutanea (reazione di Frei) nella l. i.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulle complicazioni delle febbri specifiche (specialmente scarlattina e morbillo).

C. R. Box (*The Lancet*, 10 giugno 1933) si occupa ampiamente della porpora emorragica che complica la scarlattina.

Per lo più compare nella terza e, più raramente, nella quarta settimana; pochi sono i casi in cui si è avuta prima o dopo.

Non esistono segni premonitori nè uno speciale decorso della malattia. L'inizio si ha come una sorpresa, che può essere preceduta da tonsillite o da adenite con albuminuria ed emorragie mucose (nasali), complicazioni però assai comuni nella scarlattina.

Le ecchimosi compaiono con maggiore frequenza in vicinanza di prominenze ossee (p. e. gomito, avambraccio, ecc.), per cui si può pensare che i traumi abbiano importanza nel loro determinismo. Non sempre c'è concomitante dolore. Si possono avere ecchimosi molto estese seguite da gangrena delle estremità.

La cute per lo più è di un pallore più notevole di quanto comporterebbe l'emorragia.

In un terzo dei casi alle emorragie cutanee si associano emorragie mucose.

In qualche caso la porpora ha assunto il tipo addominale di Henoch, altre volte il tipo reumatoide. Sono descritti casi con manifestazioni nervose: attacchi epilettici, emorragia cerebrale, delirio.

Il fatto che nefrite e porpora compaiono per lo più nella terza settimana di malattia fa pensare che la nefrite scarlattinosa possa considerarsi come una manifestazione di porpora, tanto più che spesso la nefrite si accompagna a dolori addominali.

La gangrena degli arti fu attribuita ad embolia, ma qualche caso si è avuto senza embolia.

Circa la possibilità che le manifestazioni emorragiche compaiano in malati di scarlattina che già precedentemente erano affetti da una diatesi emorragica, è un'eventualità che può accadere; ma certamente la scarlattina è capace già di per sè di determinare una diatesi emorragica per lesioni vascolari.

Che la scarlattina provochi alterazioni vascolari non c'è dubbio: si sa che la prova del laccio è spessissimo positiva nella scarlattina e questo indipendentemente da diminuzione del numero delle piastrine. La capillaroscopia mostra anche evidenti modificazioni dei capillari nella zona eritematosa degli scarlattinosi.

Anche la nefrite scarlattinosa si può considerare come una malattia da lesione capillare.

In alcuni casi si ha morte per scarlattina col quadro di uno shock (pallore, cianosi, estremità fredde, polso piccolo, respiro superficiale) che si può interpretare come vascolare, per dilatazione capillare.

Esistono numerosi casi di scarlattina accompagnati da trombopenia.

La porpora nella scarlattina può essere dovuta a piemia streptococcica o semplicemente a tossiemia streptococcica.

Il fatto che porpora e manifestazioni renali compaiano solo nella 3ª settimana si può spiegare collo stato di ipersensibilità che si produce nel processo immunitario che segue l'infezione scarlattinosa. L'agente scatenante è tossico ed è prodotto dalla reazione di anticorpo e antigene oppure da endotossina che produce una lisi dei cocchi.

La prognosi è grave, ma ci sono dei casi di guarigione.

Per la cura gli estratti epatici possono essere utili come stimolanti dell'emopoiesi.

R. Lusena.

Le eruzioni cutanee influenzali.

Le eruzioni cutanee influenzali sono note fin dall'epidemia del 1890, in cui Howkins osservò 7 casi di eritemi su 900 e sono state rilevate anche in occasione di altre epidemie. M. O. Derbandiker (*Acta dermato-vener.*, vol. XIV, n. 2, luglio 1933) riporta 6 casi osservati a Mosca nell'epidemia del 1930, nei quali l'eruzione cutanea si manifestò contemporaneamente all'influenza. In altri, si ebbero affezioni cutanee (sicosi, furunculosi, eresipela ed eczema acuto) 3-4 giorni dopo lo stabilirsi dei sintomi influenzali.

Le eruzioni cutanee dell'influenza appartengono agli eritemi tossici, che possono essere: scarlattiniformi, morbilliformi, a tipo di roseola, di porpora, di orticaria, oppure di eritema essudativo multiforme o di eritema nodoso. Uno dei casi dell'A. riguarda appunto l'eritema nodoso. Le eruzioni cutanee dell'influenza compaiono fin dal primo giorno di malattia, sono fugaci e scompaiono coll'abbassarsi della temperatura, senza lasciar tracce di sorta (nè desquamazione, nè pigmentazione).

Braude e Freifeld osservarono, nei loro casi, al principio iperemie ed edema del viso esteso poi a tutto il corpo. Davis osservò nel suo caso, fin dall'inizio, arrossamento diffuso nelle cavità ascellari ed alla parte interna delle cosce. Più rare sono le manifestazioni di porpora.

In casi gravi dell'epidemia del 1918, sono state rilevate nell'8-10 % delle emorragie cutanee, specialmente all'addome ed agli arti superiori.

Oltre alle citate forme di esantemi cutanei, sono stati pubblicati ultimamente dei casi di complicazioni cutanee postinfluenzali: la platonichia in un psoriasico, l'alopecia areata; in un altro malato, formazione di vesciche e di emorragie sul viso, agli arti e nelle regioni articolari, nonchè ulcera gangrenosa dei genitali, con lesioni analoghe sul palato duro e sulle tonsille.

Anche le mucose possono essere colpite:

Hiezig trovò nel 60 % dei casi angioma eritematoso, altri osservarono macchie rosse sulla parte interna delle guance, inspessimento ed edema dell'ugola e dell'epiglottide, arrossamento del palato molle ed anche emorragie in questi punti.

Gli esantemi influenzali non sono da considerarsi come sintomi tipici dell'influenza, ma in molti casi possono far sorgere delle difficoltà e provocare degli errori diagnostici. La diagnosi differenziale riguarda essenzialmente gli esantemi medicamentosi, morbillosi, scarlattinosi e tifosi. La conoscenza delle affezioni cutanee dell'influenza è quindi di notevole importanza per una giusta diagnosi. Nei casi difficili, si terrà conto dei dati anamnestici, di tutti i sintomi della malattia ed anche delle ricerche di laboratorio. *fil.*

Il collasso nella tifoide.

Il collasso, nella febbre tifoide, si manifesta ad accessi ad inizio brusco, per lo più di breve durata, che compaiono del tutto inaspettati. In un caso di R. de Brun (*Journ. des praticiens*, 10 giugno 1933) 10 minuti dopo la visita che aveva trovata la malata in condizioni normali, si ebbe un collasso con grave alterazione della facies, cianosi e raffreddamento, che dava l'impressione di un'algidità colerica.

Vi sono nel collasso due elementi ben distinti; la caduta termica e quella della tensione arteriosa.

La caduta termica si fa generalmente a picco, sotto 37° ed anche a 35°. Talvolta si rileva soltanto questa, e non sempre se non si ha cura di prendere la temperatura ogni 3 ore, sicchè è probabile che molti casi di collasso, limitati alla sola caduta termica, sfuggano.

La caduta tensionale misura la gravità del collasso e si accompagna ai tre segni che costituiscono il vero stato di collasso: la cianosi, il raffreddamento delle estremità e l'alterazione della facies.

Caduta termica e tensionale possono svolgersi in modo del tutto indipendente: nel caso dell'A., la prima si è avuta qualche tempo dopo che la seconda era già in via di regressione.

Qualche volta si ha tachicardia (150-160) regolare.

La prognosi dell'accesso è relativamente buona, salvo nelle forme con forte ipotensione e cianosi, che sono fatali nella metà dei casi. Però le recidive sono abbastanza frequenti ed in un nuovo accesso si può avere la morte improvvisa.

Scartate le teorie patogenetiche dell'insufficienza cardiaca o surrenale, l'A. ritiene che il meccanismo del collasso debba essere attribuito ad impregnazione del bulbo da parte della tossina tifica; impregnazione che può colpire uno o l'altro dei centri o tutti, insieme, il che spiega l'indipendenza o la simultaneità dei segni.

Come *terapia* è inutile la digitale come ogni altro cardiotonico; meglio ricorrere agli stimolanti generali (etere, caffeina, olio canforato ad alte dosi) e soprattutto all'adrenalina: 1 mg. per iniezione endomuscolare e 2-5/100 di mg. per via endovenosa nei casi gravissimi. Utili altresì le iniezioni endovenose di siero salato isotonico (500 cmc. da rinnovarsi 2-3 volte al giorno). *fil.*

Il comune raffreddore.

Di questo argomento d'attualità, data la stagione, si occupa un editoriale del *The British Medic. Journ.*, 4 novembre 1933, riassumendo una conferenza di Dochez.

Dochez ha detto che mentre nelle comunità civilizzate si è riusciti a dominare le infezioni intestinali, non si ha una diminuzione delle infezioni delle vie respiratorie, perchè si può disinfettare l'acqua e gli alimenti, non l'aria.

Nelle comunità sparse e scarsamente popolate le infezioni delle vie respiratorie sono più rare sebbene la flora batterica non differisca molto fra queste comunità e quelle dense di popolazione. Quindi più che il tipo del germe ha importanza il passaggio ripetuto di germi da una persona all'altra.

Anche per il meningococco si osserva nettamente un fatto simile.

Per Dochez la causa del « raffreddore » è un virus; però egli non esclude, come fecero altri, che anche batteri possano avervi larga parte e basa quest'affermazione specialmente sulle ricerche di Lewis e Shope.

Il punto da discutere è se la malattia è prodotta da un microbo costante. Che si tratti sempre di virus non si può ammettere. Allo stato attuale della questione si può dire che il raffreddore può essere prodotto tanto da virus che da batteri o da tutt'e due.

Per prevenire i raffreddori, nei limiti del possibile, è bene ventilare nel modo migliore i vari ambienti. Per la cura, certamente all'inizio il raffreddore è strettamente localizzato e qualche volta il suo decorso può abortire con una cura locale. Certamente si può aumentare la resistenza alle infezioni delle vie respiratorie alte migliorando anche le condizioni personali di igiene generale e elementare.

R. LUSENA.

La terapia della febbre ondulante.

W. Lieberherr (*Wiener Archiv f. inn. Med.*, vol. 24, n. 1, 1933) consiglia di fare due serie di iniezioni di siero antimelitococcico a dosi di 20-40 cmc. al giorno, continuate per 3 giorni e separate dalla serie seguente di una settimana e non più, per evitare fatti anafilattici. Entro 10 giorni, devono iniettarsi circa 200 cmc. Nell'intervallo di tali serie, iniezione giornaliera di 5 cmc. di soluzione di urotropina al 40 % o, se questa non è tollerata, di 5-10 cmc. di tripaflavina al 2 %. La medicazione chimica deve continuarsi per 2-3 settimane dopo lo sfebbramento. *fil.*

Nell'influenza.

Kirstner e Gorinstein (*Klinicɜskaia med.* e *Deut. med. Wochens.*, 15 settembre 1933) raccomandano le iniezioni endovenose di 5 cmc. della seguente soluzione: Urotropina g. 8; Salicilato di sodio g. 1,6; Salicilato di sodio-caffeina g. 0,8; Acqua dist. e ster. q. b. per 20. In tal modo, si riuscirebbe a troncare l'attacco d'influenza ed a guarirla se già è incominciata. *fil.*

SEMEIOTICA.

La prova di Frei nella linfogranulomatosi inguinale.

Cattaneo (*Archivio Italiano di Chirurgia*, settembre 1933, fasc. 6) riferisce su 6 casi di linfogranulomatosi inguinale capitati alla sua osservazione nella Clinica Chirurgica di Milano, e in cui la diagnosi potè esser fatta per la negatività della W. R., della cutireazione alla tubercolina, dell'esame batterioscopico degli strisci e delle culture su vari terreni (Löwenstein, Petragnani, Tarozzi) del pus estratto con punture esplorative dalle tumefazioni ghiandolari inguinali, e per la positività della prova di Frei, di cui espone anche la tecnica.

Uno dei casi è interessante inoltre perchè in esso la W. R. era positiva per cui furono ritenute ghiandole luetiche; ma una cura antiluetica che fece diventare negativa la W. R., lasciando inalterate le ghiandole, e la positività della prova di Frei, fecero fare la giusta diagnosi.

I p. sono tutti guariti con K. I. ad alte dosi.

G. GENTILE.

Sulla reazione linfocitocitaria della pelle.

E. Seifert (*Dsch. Zeit. f. Chir.*, 241) riporta vari casi di malati di appendicite acuta in cui fece la R. di Kauffmann.

Si provoca un vescicolo cutaneo con l'applicazione di un piccolo quadrato di cerotto cantaridato. Dopo 22 ore si aspira il liquido formatosi, si centrifuga e dal centrifugato si allestiscono strisci colorati con May-Grunvald.

Si trova nei casi di appendicite acuta un aumento dei linfociti e un abbassamento dei polinucleati. Secondo alcuni avrebbe anche valore prognostico la curva dei conteggi. Tale reazione è dovuta ad una reazione del reticolo istiocitario alle infezioni. Non è specifica per l'appendicite, ma si trova nelle flogosi acute.

V. GHIRON.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La presenza del bacillo difterico nelle laringiti post-morbillose a decorso prolungato.

Il morbillo può dare, di per sè, dei fenomeni laringei, ma può anche determinare una stenosi per associazione morbillo-difterica. Sono numerosi gli studi e le statistiche, che cercano di chiarire i rapporti fra stenosi laringee e morbillo, fra stenosi e difterite complicante il morbillo. In molti casi, si tratta di un'angina difterica facilmente diagnosticabile, in altri, la localizzazione difterica è subdola e si manifesta con voce caprizzante, dispnea, dapprima di modica intensità ed aggravantesi progressivamente; in tali casi, l'esame laringoscopico mette in rilievo le pseudomembrane sulle corde vocali e negli spazi sopra- e sotto-glottico. Tali alterazioni, però, non sono costanti.

D. Gallina (*Il Valsalva*, sett. 1933) studiando le laringiti morbillose, ha osservato come alcuni casi ad andamento prolungato e caratterizzati da fenomeni di una certa entità (afonia, bruciore intenso nella regione laringea ed alterazioni obbiettive marcate) fossero legati alla presenza del bacillo difterico, pur in assenza di ogni traccia di pseudomembrane. Ritiene pertanto che la presenza del bacillo difterico, pur non riuscendo a provocare le lesioni caratteristiche, produca dei segni di flogosi a decorso prolungato. *fil.*

VARIA

Tentativi di trattamento del morbo di Hodgkin con siero di gallina.

N. R. Barrett e L. T. Bond (*The Lancet*, 14 ottobre 1933) hanno curato 4 malati di m. di Hodgkin col metodo di Utz e Keatinge. Ecco in che cosa consiste: si emulsiona in soluzione fisiologica una porzione di ghiandola appena tolta al malato e si inietta l'emulsione nella gamba di una gallina. Dopo 10 giorni col salasso si estrae sangue e da questo siero di gallina si inietta al malato. Questo procedimento si ripete ogni settimana e anche due volte la settimana.

Il metodo è stato proposto partendo da una osservazione di Elise l'Espérance secondo la quale il m. di Kodgkin sarebbe prodotto dalla tubercolosi aviaria, il che non è stato confermato dalle ricerche di C. T. Van Rooyen.

Due dei quattro casi così trattati erano in gravi condizioni, ma gli altri due erano in buonissime condizioni generali, quindi adatti per provare un metodo di terapia. Tre malati morirono e uno peggiorò. Quindi risultati non incoraggianti.

R. J. V. Pulvertaft (*idem*) ha curato 5 malati modificando la tecnica: egli diluiva il siero di gallina con un egual volume di soluzione fenica al 0,50 %. Anche quest'A. non ebbe risultati incoraggianti: in un caso la reazione fu così forte da consigliare di sospendere la cura; uno morì durante la cura con versamenti poliarticolari probabilmente da siero. Gli altri tre sono ancora in cura. Uno è trattato contemporaneamente anche coi raggi X ed ha avuto una esacerbazione dei fatti ghiandolari per effetto delle iniezioni di siero. Un altro non ha risentito nessun effetto e l'ultimo, che non ne aveva egli pure avuto beneficio, ebbe un collasso che fece sospendere la cura. R. LUSENA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Assistenza agli infermi abbienti ricoverati negli ospedali.

Demmo già notizia, nel n. 47 dello scorso anno, di una circolare diramata su questo argomento ai prefetti del Regno dal Ministero dell'Interno (Direzione Gen. dell'Amministrazione Civile).

La circolare, in data 10 luglio 1933-XI, n. protoc. 25286-1/80211, viene qui riportata integralmente.

« Questo Ministero ha dovuto rilevare la tendenza in alcuni ospedali, riconosciuti come istituzioni pubbliche di beneficenza, ad intensificare sempre più l'assistenza in speciali reparti, di ammalati non poveri, mediante la corresponsione di particolari compensi.

Nulla si oppone, in via di principio, a che sia attuata tale forma di assistenza, purchè, peraltro, essa sia contenuta in giusti limiti e non tenda a svilupparsi a detrimento della cura dei poveri, sì da snaturare il carattere di nosocomio, che verrebbe a perdere, a poco a poco, la figura di beneficenza per avvicinarsi di più a quella di una clinica per abbienti, creando una concorrenza insostenibile per queste ultime e che non può assolutamente essere consentita.

Pertanto, la cura degli ammalati abbienti deve essere contenuta dagli Ospedali nella misura di una semplice attività sussidiaria a quella fondamentale rivolta all'assistenza degli infermi poveri.

È altresì necessario che nella determinazione della retta per il ricovero e la cura degli infermi abbienti sia tenuto conto di tutti i vari elementi di costo, comprese le quote di ammortamento dei capitali impiegati nella costruzione della sede dell'Istituto e nell'arredamento relativo (suppellettili, istrumentario chirurgico, apparecchi di esame e di cura ecc.) nonchè delle spese per lavori di manutenzione dei locali, per la gestione e l'amministrazione in genere, e ciò per non creare una condizione di disparità in confronto delle case di cura private.

Questo Ministero ha dovuto rilevare che presso gli ospedali stessi è invalso l'uso di ammettere i medici chirurghi, gli specialisti e gli altri sanitari a compartecipare ai proventi degli atti operativi e delle altre prestazioni riferentisi agli infermi abbienti, ricoverati negli ospedali medesimi, stabilendo, però, per detti sanitari alcuni vincoli della professione fuori dello ospedale (ad esempio divieto di prestare la propria opera nelle case di salute locali).

Ritiene questo Ministero che a tale sistema sia generalmente preferibile l'altro, di non porre ai sanitari alcuna restrizione all'esercizio della professione, imponendo, viceversa, loro l'obbligo di provvedere, senza alcun altro compenso all'infuori dello stipendio normale, all'assistenza degli infermi poveri e di quelli abbienti.

È, peraltro, possibile che taluni ospedali non abbiano rendite patrimoniali sufficienti per assicurare al sanitario un adeguato trattamento economico di natura continuata a carico del bilancio dell'Istituto. In tali casi è necessario si ricorra alla compartecipazione a favore di sanitari per integrare, in qualche modo, gli assegni esigui che l'ospedale loro attribuisce in base alla pianta organica.

In varie occasioni si è, però, dovuto rilevare che le amministrazioni hanno elevato la quota di compartecipazione a favore dei sanitari a tale misura da non lasciar margine sufficiente nemmeno a coprire le spese che importano all'Ente la esecuzione degli atti operativi e le altre prestazioni a favore degli infermi abbienti; sicchè la cura degli abbienti, in molti ospedali, si risolverebbe anzichè in un'entrata, in un notevole e gravoso onere per le finanze dell'Ente.

A far cessare tale stato di cose che danneggia seriamente gli interessi della pubblica beneficenza, in quanto si vengono da un lato a diminuire i mezzi di cui gli ospedali dispongono per l'assistenza ai poveri, e, dall'altro, come si è detto, a snaturare il fine per cui gli ospedali vennero costituiti dai benemeriti fondatori, si invitano le EE. LL. e G. P. A. ad attenersi in questa materia ai seguenti criterî:

1) limitare il numero dei posti riservati in ciascun ospedale agli abbienti in misura tale che esso risulti di *gran lunga inferiore* a quella dei posti-letto destinati alla cura dei poveri;

2) non consentire di regola la compartecipazione agli utili come retribuzione dell'opera che i sanitari prestano per le cure dei malati abbienti presso quegli istituti che finora non l'hanno ammessa. E ciò perchè, come si è detto, è assai preferibile che al sanitario sia consentito di esercitare, compatibilmente con l'incarico che disimpegna presso l'ospedale, liberamente la sua professione fuori del nosocomio, facendogli però obbligo di curare, senza compensi speciali, nell'Istituto gli assistiti poveri od abbienti. E ciò a prescindere dalla considerazione che tale forma di retribuzione porterebbe indubbiamente un aumento degli assegni percepiti attualmente dai sanitari ospedalieri mentre sussiste tuttora, com'è noto, il divieto di aumento di retribuzione ai dipendenti dalle istituzioni pubbliche di beneficenza, stabilito con R. D. 16 agosto 1926 n. 1577;

3) disciplinare opportunamente la compartecipazione agli utili presso gli altri ospedali ove questa è stata in precedenza concessa ai sanitari per evitare gli inconvenienti sopraccennati.

All'uopo è necessario:

a) che sia ammessa la compartecipazione soltanto sulla parte dei proventi netta di ogni onere sopratutto dall'Ente ospedaliero, esclusi, pertanto, quegli elementi di costo che influiscono, come si è detto, nella determinazione della retta;

b) che la percentuale riservata ai sanitari su tali proventi sia stabilita per gli ospedali aventi un numero di letti superiore ai cento, nella misura minima del 50 % dei proventi calcolati come sopra al netto; per gli ospedali aventi un numero di letti inferiore ai cento, nella misura massima del 60 % dei detti proventi. Per questi ultimi ospedali, ove sussistono speciali circostanze da determinarsi caso per caso da questo Ministero, potrà essere concesso un aumento nella percentuale a favore dei sanitari;

c) che i compensi per le operazioni chirurgiche, visite radiologiche, cure fisiche, esami batteriologici e chimici, ecc. vengano stabiliti tenendo anche presente la misura determinata per

ogni prestazione dal locale Sindacato dei Medici) con speciali tariffe da deliberarsi dall'amministrazione dell'ospedale;

d) che qualora le tariffe per le operazioni chirurgiche e per le altre prestazioni a favore degli infermi abbienti non siano state assoggettate a diminuzione posteriormente al 20 dicembre 1930, siano ridotte del 12 % ai sensi del R. D. L. 20 novembre 1930, n. 1491, le quote di compartecipazione e i compensi corrisposti ai sanitari;

e) che, infine, l'importo delle tasse di cura o per operazioni che si ritiene dovuto, in via preventiva, da ciascun ammalato abbiente, venga esatto, salvo i casi di ricoveri d'urgenza, anticipatamente dall'amministrazione ospedaliera, e che, in ogni modo, la quota di percentuale che su di esse compete ai sanitari sia liquidata sulle somme effettivamente riscosse, procedendosi, pertanto, ad eventuali ulteriori liquidazioni a favore dei predetti sanitari soltanto quando l'ammalato abbiente o i suoi parenti avranno effettuato i versamenti residui per estinguere il debito verso il nosocomio.

Ciò per evitare che l'Istituto anticipi percentuali per compensi che poi, per un motivo qualsiasi, non vengano versati dai malati o loro congiunti.

Si richiama su tali criteri la speciale attenzione delle EE. LL. con preghiera di sottoporre a revisione i regolamenti organici dei dipendenti Enti ospedalieri, per adeguarne le relative norme alle disposizioni sopra impartite.

Si resta, frattanto, in attesa di un pronto cenno di ricevuta e di assicurazione.

F.to: Buffarini ».

Per la lotta contro la tubercolosi.

Ad iniziativa della Direzione Generale della Sanità Pubblica, si è riunita una Commissione nominata da S. E. il Sottosegretario di Stato all'Interno per studiare il problema della diagnosi e dell'assistenza precoce dei tubercolotici.

La Commissione — presieduta dal sen. prof. Micheli e composta dagli onn. prof. Morelli, Cucini, Tallarico, dai proff. Ilvento, Benedetti, Bocchetti, Castracane, Giannini Lo Bianco e dall'ing. Calza Bini — ha espresso il seguente voto:

« Perchè la lotta contro la tubercolosi, affrontata dal Regime Fascista come lotta di popolo, con una gara di sforzi e di spirito, di tenacia e di mezzi, raggiunga il fine vittorioso segnato dalla volontà del Duce, occorre:

1) estendere gradualmente, nel modo più largo possibile, l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi ad altri gruppi demografici del Paese, intensificandola nella categoria delle persone di servizio, dei portieri e di quanti sono addetti allo spaccio di generi alimentari, affinchè si avvantaggi l'efficacia della lotta che non consente soluzioni di continuo e goda del suo beneficio la totalità del Paese, giusta la concezione etica, unitaria e totalitaria ad un tempo, del Regime Fascista;

2) fare ogni sforzo perchè gli ammalati di tubercolosi siano diagnosticati e curati precocemente, prima che si determinino lesioni gravi, che necessariamente diffondono altri contagi e richiedono lunga degenza con risultati spesso incerti, postumi di notevole incapacità lavorativa e conseguente oneroso dispendio da parte delle amministrazioni;

3) ad evitare questo gravissimo danno ai fini della profilassi, della cura e del finanziamento della lotta contro la tubercolosi siano concessi da Enti finanziatori mutui ai Consorzi provinciali antitubercolari, perchè possano completare e perfezionare l'attuale rete di dispensari, che dovranno essere costruiti in modo da poter funzionare quali « policonsultori » allo scopo di attirare il maggior numero di malati sospetti ed anche gli ammalati comuni, tra i quali spessissime volte si riscontrano molti casi iniziali di tubercolosi;

4) che la funzione di Governo finora esercitata con grande energia dal Ministero dell'Interno sia fiancheggiata da un comitato di armonizzazione a carattere consultivo, in cui siano rappresentati tutti gli Enti interessati, allo scopo di coordinare tutti gli sforzi fatti dal Regime Fascista, di precisare e delimitare il campo di ogni singola istituzione e quindi poter raggiungere l'unità di direttiva indispensabile oramai, dopo questa prima fase di realizzazione, soprattutto ad evitare dannose interferenze, dispersione di energie, e raggiungere il massimo rendimento della lotta, messa fra i principali obbiettivi della politica Nazionale ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Annunziata (*Trapani*). — Scad. 25 feb.; con Casa Santa; L. 9000, 3 quadrienni e 3 quinquenni di L. 750, trasp. L. 2500; riduz. 12 %.

Barano d'Ischia (*Napoli*). — Scad. 17 feb.; L. 9500 e 3 quadrienni di L. 700, 650 e 600; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

Bardineto (*Savona*). — Scad. 31 gen.; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre L. 300 bicicletta e L. 500 uff. san., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Bolzano. — Il Consorzio provinciale antitubercolare di Bolzano ha aperto il concorso, per titoli ed esami, a due posti di medico direttore delle Sezioni Dispensariali di Merano e Bressanone. Stipendio iniziale L. 13.200 con quattro aumenti quadriennali di L. 800 ognuno, al netto del 12 %. I concorrenti non debbono aver oltrepassato il 45° anno di età. Nessun limite di età è richiesto per coloro che occupano o hanno occupato, durante l'ultimo quinquennio, un posto di titolare, con regolare nomina, presso un altro Consorzio provinciale antitubercolare o presso servizi antitubercolari di istituzioni statali o parastatali. Per gli ex combattenti e per gli iscritti al P. N. F. anteriormente al 28 ottobre 1922 verranno applicati i privilegi di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo (in originale o in copia notarile) conseguito da almeno due anni alla data di apertura del concorso. È consentito il libero esercizio della professione. Scadenza 8 marzo 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Bolzano (Palazzo del Governo).

Bressanone. — (Vedere Bolzano).

Burgos (*Sassari*). — Scad. 31 gen.; con Esporlatu, L. 9300 e 4 quadrienni dec., addizionale L. 5 sopra i 1000 poveri, L. 900 uff. san., L. 1000 arm. farm.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Civita Castellana (*Viterbo*). — Posto della seconda condotta. Per titoli. Stipendio L. 10.560 al netto del 12 % e soggetto alle ritenute per tassa

Ricch. Mob., per contributi Cassa Previdenza ed altri di legge. Detto stipendio è per i primi mille poveri. Per ogni povero dai 1001 ai 2000 è corrisposta una indennità di L. 4. Lo stipendio verrà aumentato di un decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni consecutivi a decorrere dalla data della stabilità che si intende conseguita dopo due anni di effettivo e non interrotto servizio. Indennità di legge pel caro-viveri, finchè sarà mantenuta. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le relative modalità, possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 1° marzo 1934.

CIVITANOVA-MARCHE (*Macerata*). — Posto di Medico Chirurgo della prima condotta rurale denominata del Piano Chienti, condotta che ha una superficie di circa Kmq. 23 e una popolazione sparsa di 2401 abitanti, con circa 120 poveri inscritti nell'apposito elenco. Stipendio base L. 8000 suscettibile di 4 aumenti quadriennali del decimo sulla cifra iniziale; indennità di servizio attivo L. 800; indennità trasporto (cavallo o automezzo di cui il medico ha l'obbligo di essere provvisto) L. 2500; indennità caro-viveri come per gli altri impiegati comunali. Il tutto è soggetto alla riduzione del 12 % e alle ritenute di legge. La domanda in bollo da L. 3, accompagnata dei prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 19 gennaio 1934.

CIVITELLA IN VAL DI CHIANA (*Arezzo*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.; L. 9000 oltre c.-v., L. 2500 cavalc., L. 1500 servizio per Pieve a Maiano, L. 1244,50 direzione Ospedale; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

FIRENZE. *O. P. Istituto Ortopedico Toscano Villa S. Margherita*. — Scad. 28 feb., ore 12; secondo assistente; L. 6350 e percentuale; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 30 nov. Rivolgersi Segreteria. Sede: viale Michelangelo 25.

FONTANELLA (*Bergamo*). — Scad. 15 feb.; con Barbana; servizio tutto in piano con ottima viabilità; ospedale. Rivolgersi al Podestà.

GENOVA. *Municipio*. — Scad. 31 gen.; posto fuori ruolo di medico dei Dispensari Comunali per le malattie veneree; esami e titoli; nom. e conferme quadriennali; L. 4500 e c.-v.; riduz. 12 %. Rivolgersi Ufficio Personale.

GIOIA SANNITICA (*Benevento*). — Scad. 31 gen.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 cavallo, purchè effettivamente usato; riduz. 12 %; età lim. 21-35 a.; supplenza gratuita tra i due medici condotti; tassa L. 50.

LECCO (*Como*). — Scad. 15 feb.; 3ª condotta; L. 9000, c.-v., addizionale L. 2,50 sopra i 1400; riduzioni e trattenute di legge; età lim. 35 a.; voti di laurea ed esami; biennio di laurea. Titoli ed esami.

MERANO. — (Vedere BOLZANO).

MONTELEONE DI PUGLIA (*Foggia*). — Scad. 28 feb.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

NOLA (*Napoli*). — Scad. 20 mar.; titoli ed esami; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 28-40 a.

NOVARA. *Municipio*. — Per titoli. Posto di medico condotto della frazione di Pernate. Scadenza quindici marzo 1934, XII. Periodo di prova anni due. Stipendio L. 8000 progressivamente accrescibili di 10 ventesimi, indennità temporanea di caro vivere; indennità per mezzo di trasporto lire 1000; per ogni 500 poveri (o frazione di questa somma) inscritti nell'elenco municipale oltre ai primi 400, L. 1000 (ogni cosa sotto deduzione del 12 %). Casa di abitazione per la quale è fissato l'affitto di L. 2800 annue. Titolo: laurea in medicina e chirurgia. Documenti: i soliti. (Tassa concorso L. 50 da versarsi alla Tesoreria comunale - Banca Popolare di Novara).

PARMA. *R. Prefettura*. — Scad. 31 gen.; ufficiale sanit. capo dell'ufficio d'igiene e polizia urbana; L. 15.000 oltre L. 1000 indenn. carica; riduz. 12 %; quadrienni dec. fino al 50 % dello stipendio iniziale; 75 % proventi. Età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; titoli ed esami.

PERNATE. — (Vedere NOVARA).

POMIGLIANO D'ARCO (*Napoli*). — Per titoli. Stipendio L. 9500 al lordo delle ritenute per la Cassa Pens. e per l'I.N.I.E.L., della Tassa di Ricch. Mob. e della riduzione 12 % come da Decreto N. 1491 del 20-11-930. Lo stipendio è suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le relative modalità possono desumersi dall'avviso di concorso da richiedersi all'Ufficio Municipale, debbono pervenire all'Ufficio predetto entro le ore dodici del 90° giorno dalla data del bando che è del 16 dicembre 1933.

QUINZANO D'OGLIO (*Brescia*). — Scad. 28 feb.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 500 bicicletta, addizionale L. 3 sopra il 20 % della popolazione; tassa L. 50.

RIESI (*Caltanissetta*). — Scad. 20 feb.; L. 8000 e 5 quinquenni di L. 700; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

RIO DI PUSTERIA (*Bolzano*). — Scad. 1° mar.; L. 8360, oltre L. 3168 trasp., L. 836 uff. san., L. 2288 alloggio.

ROMA. *Opera Nazionale Invalidi di Guerra*. — Scad. 28 febb.; capo ufficio sanitario (Gruppo A); titoli; L. 19.000 oltre L. 4576 serv. att.; aumenti; decurtaz. 12 %. Età lim. 45 a.; docum. a 3 mesi dal 5 genn. Chiedere annunzio alla Segreteria dell'Opera, Casa Madre del Mutilato, piazza Adriana, Roma.

SCIGLI (*Ragusa*). — Scad. 15 feb.; 2ª e 3ª condotta; L. 9000 e L. 11.000; per la 3ª condotta L. 1500 cavalc.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

SESTU (*Cagliari*). — Scad. 30 gen.; L. 7920 oltre L. 880 incarico sanitario, L. 739,20 c.-v.; tassa lire 50,10.

SIMAXIS (*Cagliari*). — Scad. 5 feb.; L. 9000 oltre L. 2000 cavalc., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — Scad. 20 gen.; due condotte; L. 10.000 e 10 bienni ventes.; c.-v.; all'uff. san. L. 1000; riduz. 12 %; per cavalc. lire 2000; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 10 dic.; tassa L. 50,10.

TAVERNOLE SUL MELLA (*Brescia*). — Scad. 15 feb.; con Bovegno; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., abitazione gratuita.

TORINO. *Ospedale di S. Giovanni e della Città.* — Scad. 28 febbr.; 9 assistenti supplenti. Domanda alla Presidenza; informazioni presso la Segreteria, via Ospedale 36.

UDINE. *Ospedale Civile di S. Maria della Misericordia.* — Proroga al 31 marzo, ore 18, dei concorsi a 7 primari (1 medico, 1 chirurgo, 1 dermosifilopatologo, 1 otorinolaringoiatra, 1 oculista, 1 anatomopatologo, 1 radiologo), 5 aiuti (2 medici, 2 chirurghi, 1 radiologo) e 10 assistenti.

VALPERGA (*Aosta*). — Scad. 28 feb.; rivolgersi all'Ufficio Comunale.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Il concorso per posti di assistente straordinario è revocato; quanto prima sarà bandito nuovo concorso; i documenti già trasmessi saranno considerati validi.

VIGEVANO (*Pavia*). — Posto di Ufficiale Sanitario Consorziale. Abitanti 42.000. Scadenza ore diciotto del 28 febbraio 1934. Stipendio L. 12.000 con 5 aumenti quadriennali del decimo. Indennità ispezione e mezzi trasporto L. 6000 oltre diritti sanitari. Divieto dell'esercizio professionale. Età anni 45 salvo eccezioni di legge. Per maggiori schiarimenti rivolgersi a Vigevano oppure all'Ufficio Sanitario della Prefettura di Pavia.

VILLACIDRO (*Cagliari*). — Scad. 20 gen.; 2ª cond.; L. 8000; riduz. 12 %; c.-v.; tassa L. 50.10.

ZEVIO (*Verona*). *Ospedale Chiarenzi.* — Proroga al 31 gen.; medico assistente. Rivolgersi Segreteria.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

I Laboratori Métadier hanno bandito un concorso sul tema « L'ipertrofia prostatica. Suo trattamento ». Esso è dotato di due premî: uno di franchi 10.000 ed uno di franchi 1000; i premî potranno essere divisi. I manoscritti devono pervenire non oltre il 1° marzo a: « La lettre médicale », Laboratoires Paul Métadier, Tours, Francia; quivi possono chiedersi anche informazioni complementari.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Alberto Missiroli è nominato membro corrispondente della Società belga di medicina tropicale. I nostri cordiali rallegramenti all'illustre studioso.

Il prof. Enrico Jacarelli di Macerata, direttore del Civico Ospedale, docente di patologia speciale medica e incaricato nella R. Università, è nominato, con Sovrano *motu proprio*, commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il dott. Ettore Bertaccini di Cervia (Ravenna) è nominato cavaliere nello stesso Ordine.
Vivi rallegramenti ai due insigni sanitari.

Il prof. Hans Seel, libero docente di farmacologia, tossicologia e balneologia nell'Università di Amburgo, è chiamato a dirigere la Sezione di farmacologia recentemente organizzata nell'Istituto di chimica fisica di Berlino-Dahlem.

Il dott. Schneider, direttore dell'Ospedale psichiatrico di Bethel, è chiamato quale professore ordinario alla Clinica psichiatrica di Heidelberg.

Il prof. Henry P. Gilding è chiamato alla cattedra di fisiologia dell'Università di Birmingham, in sostituzione del prof. Ivan de Burgh Daly, chiamato all'Università di Edimburgo.

Il dott. Patrick Playfair Laidlaw, dell'Istituto nazionale di ricerche mediche britannico, è stato decorato con la medaglia della Società Reale, per le sue ricerche sulle malattie da virus invisibili; ultimamente egli ha studiato il virus dell'influenza e la trasmissione di questa malattia.

Il dott. Anton Kögel, professore di patologia generale a Monaco, è stato chiamato alla cattedra della stessa disciplina nell'Università di Istambul.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Italia al primo posto nella lotta contro la tubercolosi.

In questi giorni il sig. Alberto Tixier, capo della Sezione per le assicurazioni sociali all'Ufficio internazionale del Lavoro di Ginevra, dopo aver conferito con l'on. Biagi, Sottosegretario di Stato alle Corporazioni, col sen. De Michelis, vice-presidente del Consiglio di Amministrazione dell'U.I.L. e col deputato Olivetti, membro del Consiglio stesso, ha visitato, nell'Urbe e in cinque provincie del Regno, i servizi amministrativi e tecnici delle istituzioni italiane che esercitano in varie forme l'assicurazione sociale.

Confrontando le nostre istituzioni con quelle direttamente studiate in altre venti nazioni, il funzionario dell'Ufficio internazionale del Lavoro, in una riunione di dirigenti sindacali e di tecnici dell'assicurazione, ha fatto oggetto di speciale esame la legge ideata e voluta da Benito Mussolini per l'assicurazione contro la tubercolosi, dichiarando che, applicato felicemente il principio dell'assicurazione obbligatoria per il tramite dell'Istituto Nazionale Fascista per la previdenza sociale, con un ordinamento territoriale ed una direzione unitaria, sotto l'alta vigilanza del Ministero delle Corporazioni, l'Italia sta per avere una attrezzatura di lotta contro la tubercolosi quale nessun altro paese possiede.

5° Congresso medico argentino.

Si terrà a Rosario dal 4 all'11 settembre, sotto la presidenza del prof. Camillo Muniagurria; segretarî generali ne sono i dottori prof. Mario Vignoles e Pedro R. Omnés. Tema generale in discussione: le amebiasi; relatori: Mariano R. Castex e Daniel Greenway (clinica generale e parassitologia); David Staffieri (localizzazioni extra-intestinali); Salvador Mazza (epidemiologia); Armando Marotta (chirurgia). Il Congresso sarà diviso in 18 Sezioni. Possono aderirvi persone, riviste ed istituzioni; l'adesione conferisce il diritto ai bollettini, agli atti e ad altre pubblicazioni. Le riviste e le istituzioni non possono delegare che un solo rappresentante. Quote: 10 pesos per le persone, 20 per le riviste e 50 per le istituzioni. Rivolgersi alla: « Associación Médica Argentina », Santa Fe 1171, Buenos Aires, Rep. Argentina.

Corsi internazionali di perfezionamento medico a Berlino.

L'Accademia per l'istruzione medica di perfezionamento, l'Associazione dei docenti per il perfezionamento medico e la Facoltà Medica di Berlino, unitamente alle organizzazioni della « Kaiserin Friedrich-Haus » (Casa Imperatrice Federico), terranno durante i mesi di marzo e aprile 1934, i corsi di perfezionamento seguenti: Medicina interna (dal 5 al 17 marzo, onorario: RM 60); Roentgenologia (marzo-aprile, onorario: RM 75); Istruzioni per chirurgi, incl. ginecologia operativa (9-14 aprile, onorario: RM 75); Tumori maligni, con particolare riguardo alla diagnosi precoce (marzo-aprile, onorario: RM 50); Eredologia e costituzioni nella pratica medica (23-28 aprile, onorario: RM 40). Corsi singoli in tutti i rami della medicina, con applicazioni pratiche, hanno luogo ogni mese.

Programmi e informazioni presso l'Ufficio della « Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung », Robert Koch-Platz 7, Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 7.

I partecipanti beneficiano di una riduzione del 25 % sulle ferrovie dello Stato tedesco.

Associazione ispano-americana di studi medico-biologici.

Si è costituita a Madrid, con lo scopo d'intensificare i rapporti scientifici medico-biologici tra i paesi in cui si parla lo spagnolo o il portoghese. La Giunta direttiva comprende il dott. Collazo (Uruguay) come presidente e il prof. Pittaluga (Spagna) come vice-presidente. La nuova associazione è ospitata presso la « Unión Ibero-americane », Duque de Medinaceli 4, Madrid.

Società di Gastroenterologia di Roma.

Nel nuovo Ospedale di S. Spirito, dove in locali luminosi, ampî e riccamente attrezzati è stato impiantato da S. E. Spano, presidente dell'Amministrazione ospedaliera, un Reparto di Patologia digestiva e dietetica, è stata tenuta il 3 corr. la prima seduta scientifica della costituenda Società di Gastroenterologia di Roma, con una dotta conferenza del prof. Paolo Alessandrini, primario e dirigente del Reparto, sul tema « Su di alcune vedute attuali in tema di colite cronica ulcerosa ».

Assistevano varî primari degli Ospedali, l'aiuto del nuovo reparto dott. Bonadies, gli assistenti Lolli e Arullari e numerosi altri medici degli Ospedali di Roma.

Le sedute continueranno tutti i mercoledì alle ore 19.

L'Istituto di anatomia della Università di Ferrara.

L'Istituto di anatomia e di istologia dell'Università di Ferrara lascia le vecchie gloriose ma ormai inadatte sedi per occupare l'edificio eretto espressamente per esso e per il ricco « Museo anatomico ». L'attuazione sembrava resa impossibile da difficoltà di indole finanziaria; ma il Rettore Magnifico, sen. Pietro Sitta, e l'avv. Pier Luigi Casati, rappresentante la provincia nella Giunta universitaria, mediante l'appoggio della locale Cassa di Risparmio e l'offerta dell'area per parte del presidente dell'Ospedale, avv. cav. Giuseppe Magni, sono riusciti a provvedere.

Il fabbricato, presso il nuovo ospedale, è intonato coi vicini padiglioni; dalle linee sobrie e snelle, è ubicato nel modo migliore, giacchè comunica direttamente con gli ambienti dai quali trae il materiale d'insegnamento. Riunisce gli ambienti opportuni non solo per l'insegnamento dell'anatomia umana normale, ma anche per quelli della istologia e dell'embriologia generale.

La sala anatomica, semicircolare, ampia e luminosa ha la facciata rivolta a settentrione ed ottiene così una luce diffusa, senza che il sole possa sovrariscaldarla. In fondo ad essa tre gradoni costituiscono un capace anfiteatro per una numerosa falange di studenti. La scuola vicino all'ospedale avrà da esso tutto l'utile.

Un istituto di ricerche scientifiche nell'Ospedale marino di Valdoltra.

L'Istituto di fisiologia dell'Università di Torino, diretto dal prof. A. Herlitzka, aveva fondato una sezione marina per lo studio della fisiologia dell'uomo al mare. Per dieci anni le ricerche erano state compiute al Lazzaretto di S. Bartolomeo da

tificiale e l'ileotorace; p. Laborie, di 8000 fr. ai parte di medici e studenti addetti all'Istituto torinese, ma da tempo il modesto laboratorio non aveva potuto continuare la sua attività, per deficienza di risorse.

Ora per concessione di S. E. Cremonesi, presidente della Croce Rossa Italiana, e interessamento del comm. Matteucci, presidente della sezione di Trieste, è stato accolto il desiderio del fisiologo dell'Università torinese, che venisse conservato a Trieste il laboratorio, il quale ha trovato sede degna nell'Ospizio marino Duchessa Elena d'Aosta, ove questa attività scientifica sarà strettamente legata a quella clinica assistenziale.

Cure balneo-termali e idropiniche per gli invalidi di guerra.

L'Opera Nazionale per la Protezione ed Assistenza agli invalidi della guerra ha deliberato, anche quest'anno di concedere, con speciali norme, le cure balneo-termali ed idropiniche agli invalidi di guerra, ad eccezione di quelli con assegni temporanei di 9ª e 10ª categoria scaduti e di coloro che abbiano praticato tre anni consecutivi di cure 1931-1933.

Le domande debbono essere presentate al più presto possibile e comunque non oltre il 15 marzo p. v., termine inderogabile.

Per chiarimenti rivolgersi alla Rappresentanza Provinciale della O.N.I.G. in via Valadier 36-A, Roma.

Il Brefotrofio e l'Asilo Materno di Teramo.

Le provvidenze che il Regime ha adottato a favore della natalità non potevano non preoccupare l'Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, la quale, con i fondi avuti dal Comitato per le onoranze ai Principi di Piemonte in occasione delle loro auguste nozze, provvide all'acquisto della ex-Casa di salute « Villa Maria », per il Brefotrofio e l'Asilo materno.

Esso sorge dietro il nuovo padiglione medico, in una posizione davvero eccellente per salubrità di aria, luce e sole. Tra l'acquisto e la sistemazione la spesa è stata di circa 200 mila lire.

Nell'edificio è stato allogato, oltre al Brefotrofio, l'Asilo materno ed il centro di assistenza materna ed infantile della Federazione provinciale dell'Opera maternità ed infanzia.

Direttore del Brefotrofio è il dott. Romolo Lucangeli.

Il Dispensario antitubercolare di Ancona.

L'Amministrazione provinciale di Ancona ha realizzato il progetto del Dispensario antitubercolare, completando con l'attività dell'istituzione, l'opera meritevole che svolge per la lotta antitubercolare. L'edifizio sorge al viale De Pinedo ed è destinato ai servizi dispensariali e agli uffici del Consorzio provinciale antitubercolare. È una costruzione antisismica del tipo intelaiato, ad un solo piano, oltre quello semisotterraneo: il complesso risponde efficacemente alle sue finalità. La spesa è risultata di circa 400.000 lire.

Il sanatorio di Croce di Salvena.

Nell'alta Val Camonica, in territorio di Borno, a Croce di Salvem, sta sorgendo un centro sanatoriale iniziato molti anni or sono con una Colonia climatica della provincia di Cremona e sviluppato in seguito all'organizzazione di un Consorzio con la provincia di Brescia. Il sanatorio è capace di 94 letti e ad iniziarne l'attività convennero sul posto molte autorità delle due provincie; è stata scoperta una lapide a ricordare lo spirito dell'opera, e si è svolto un modesto rito religioso e civile. L'inaugurazione ufficiale avrà luogo durante il 1934, quando sarà compiuto anche il fabbricato per la Colonia infantile, di 40 posti.

Le conferenze del Prof. Castiglioni in America.

I giornali medici e quelli politici degli Stati Uniti hanno dedicato molta attenzione ad una serie di conferenze, di cui già demmo notizia, tenute dal prof. Arturo Castiglioni, il quale ha illustrato con molta efficacia le glorie della medicina italiana. Le conferenze hanno avuto luogo in varie Università. L'ambasciatore Rosso e tutti i Consoli italiani in America hanno segnalato, con ammirazione, quest'opera di fervida italianità.

Il bilancio dell'Educazione nazionale.

La Camera dei Deputati ha approvato il bilancio del Ministero dell'Educazione Nazionale, su relazione dell'on. Lando Ferretti. Il ministro on. Ercole ha lumeggiato la perfetta fusione della scuola col Fascismo; in particolare ha rilevato che il nuovo calendario scolastico ha ricevuto il collaudo della pratica.

Il Senato del Regno ha approvato il bilancio su relazione del sen. A. Baccelli. Furono fatte brevi considerazioni da alcuni oratori e dal relatore. Il ministro Ercole è stato consenziente col relatore nella visione ottimistica dell'alta cultura italiana. Ha rilevato che il secondo decennio del Regime Fascista trova le Università e gl'Istituti di alta cultura attrezzati ad assolvere i loro altissimi e delicatissimi compiti. Ha prospettato il problema dei compensi inadeguati al personale assistente universitario. Ha ricordato il provvedimento per cui entro il 1934 saranno sottoposti a revisione tutti gli statuti degli Enti culturali. Ha aggiunto che la libertà d'indagini per l'alta cultura universitaria è condizione inderogabile di sviluppo e di vita.

Nella stampa medica.

Salutiamo con piacere la nuova rivista « Urologia » sorta per la fervida iniziativa del prof. F. De Gironcoli, di Conegliano Veneto, e che ha raccolto già l'adesione dei più chiari cultori italiani di urologia. La rivista, per ora trimestrale, si propone di sempre più dare incremento tra noi a questa branca dell'arte chirurgica che per la sua importanza tende ovunque a divenire una disciplina a sè. Pubblicherà lavori originali e recensioni per mantenere aggiornati i lettori su quanto si fa e si pubblica in Italia e fuori.

Si è iniziata la pubblicazione del « Policlinico Infantile », a periodicità mensile, organo dell'Ospedalino Koelliker di Torino; è diretto dal prof. Enrico Mensi, il quale ha lasciato, pertanto la direzione di « Clinica ed Igiene Infantile ».

Ai nuovi confratelli augurî di successo.

I premi dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Tra i numerosi premî conferiti dall'Accademia nel 1933, e dei quali è dato un resoconto nel Bollettino del 12 dicembre, segnaliamo i seguenti: premio principe Alberto I di Monaco, di 100.000 franchi, al dott. Héricourt, per i suoi antichi lavori sulla sieroterapia; p. Marie Chevallier, di 9000 franchi, al dott. Arnaud, per il suo lavoro sulle perforazioni broncopolmonari durante il pnt. ar-

proff. J. Delmes e G. Lana, per una memoria sull'anatomia med.-chirurg. del sist. nervoso vegetativo; p. Clotilde Liard, di 5000 fr., al dott. P. Uhri, per una memoria sulle paralisi difteriche; p. Louis, di 4500 fr., alla dott.a G. Benoit, per una memoria sui medicamenti simpaticotropi; p. Ricaud, di 5000 fr., al dott. J. Sigwald, per una memoria sull'ipoglicemia; p. Ricaud, di 5000 fr., ai dottori Reynes e Kfouri, per i loro studî sulla tubercolosi; p. Tarnier, di 4000 fr., alla dott.a G. Pallet, per il suo studio anatomopatologico sulle ovaie microcistiche; p. Tremblay di 9000 fr., al dott. Lepoutre, per una memoria sulla chirurgia delle vie urinarie.

Per la riforma degli studi medici in Inghilterra.

L'Unione degli Studenti di Edimburgo ha tenuto una riunione per discutere la riforma degli studî medici. Il discorso introduttivo fu tenuto dal decano della Scuola Medica prof. P. M. Wilson, il quale rilevò che si sono differenziate due tendenze: l'una vorrebbe accumulare, nel cervello degli studenti, il massimo numero di nozioni; l'altra vorrebbe limitare le nozioni, ma renderle precise e insegnare ad utilizzarle. Egli è per la seconda tendenza.

Non giova a nulla imbottire i cervelli, per 5 anni, con un sapere inutile e che diverrà un peso morto. Anche nella pratica corrente si vede che sono spesso i medici meno colti quelli che diagnosticano e curano meglio e che conseguono i maggiori successi. Gl'insegnanti dovrebbero avere lo scopo non di fare sfoggio della loro dottrina, ma di creare i medici futuri. Così il professore di clinica chirurgica lamenta oggi che i suoi allievi devono spogliarsi, come di una vecchia casacca, delle cognizioni di anatomia, faticosamente acquisite; ciò non accadrebbe se l'anatomia fosse insegnata non come scienza pura, ma in vista delle applicazioni. Il danno dell'insegnamento attuale è il distacco dello studente dal letto del malato.

Il dott. Dickson, rappresentante l'Associazione Medica Britannica nella commissione esaminatrice, disse che converrebbe un insegnamento più elementare, ma più pratico: troppo tempo viene oggi consumato nella camera incisoria e troppo poco nelle corsie e negli ambulatorî; è così che i giovani medici non sanno assistere un parto, nè eseguire un intervento di piccola chirurgia. Il metodo d'esame non permette di valutare le vere capacità.

Fu votato un ordine del giorno, in cui si chiede di dare agli studenti maggiori facilità di esercitarsi nella pratica medica e di voler imprimere sviluppo alla medicina preventiva, verso cui oggi s'indirizza la professione.

Per la riforma degli studi medici in Czecoslovacchia.

Si è pubblicata la relazione di un Comitato per la riforma degli studî medici nella Repubblica Czecoslovacca, presieduto dal decano della Facoltà medica di Brno (Brünn), prof. Bohnslav Boncek.

Essa contiene una serie di proposte concrete, tra cui sono le seguenti.

In primo luogo, regolare le ammissioni sulla base dei bisogni effettivi del Paese, in modo da evitare la pletora professionale.

In secondo luogo, insegnare una materia per volta, e non molte insieme, il che determina dispersione di energie e sciupio di tempo.

Gli attuali semestri verrebbero sostituiti da trimestri: in ogni anno si succederebbero tre trimestri di studio e uno di vacanze; ogni trimestre di studio comprenderebbe 12 settimane di lavoro, tra cui l'ultima di esami. Le lunghe vacanze sono reputate indispensabili agli studenti universitari, per rivedere le cognizioni apprese e dedicarsi agli studî verso i quali si sentono più portati, preparare le tesi, assumere un carattere di personalità.

Verrebbe dato sviluppo alle esercitazioni pratiche sul malato e in laboratorio, stabilendo che esse devono avere una durata pari all'insegnamento teorico.

Verrebbe assegnata molta parte, nell'insegnamento, al personale assistente, liberandone i direttori. Si attuerebbe così l'insegnamento in due gradi.

La divisione in trimestri porterebbe a frazionare in tre parti gl'iscritti e quindi a limitare i gruppi dei discenti; ciò renderebbe più intimi i rapporti coi docenti e più efficace l'insegnamento.

Il quinquennio attuale di studî medici verrebbe diviso in due parti: due anni di discipline preparatorie e tre di applicazione; ma nel primo periodo si includerebbe l'insegnamento dell'assistenza infermiera; nel secondo periodo si includerebbe l'insegnamento della medicina sociale (assicurativa e profilattica, sanità pubblica).

Il "numerus clausus" in Germania.

Con la nuova legge che stabilisce il « numerus clausus » nelle scuole superiori tedesche, non saranno ammessi agli esami di licenza di laurea più di 15 mila studenti all'anno; un grandissimo numero di giovani dovrà ricorrere — e questo fu lo scopo del provvedimento — a professioni e mestieri pratici. Il Governo ha pensato in primo luogo all'artigianato, dove la grande maggioranza di questi giovani potrebbe trovare occupazione. Da una statistica si prevede che per la sola Prussia 250 mila giovani, che furono finora studenti, dovranno pensare a risolvere diversamente il problema del futuro, abbandonando gli studi e cercando altre possibilità di lavoro.

La catastrofe di Lagny e l'assistenza ospedaliera.

Il presidente del Consiglio municipale di Parigi ha reso un commosso omaggio alla devozione dei medici ed all'efficienza dei servizi degli ospedali in occasione della tremenda catastrofe ferroviaria di Lagny.

Egli ha detto: « Il personale, medici, interni, infermieri, infermiere, agenti di tutti i gradi della gerarchia, durante una notte d'incubo, hanno gareggiato in zelo, bontà, disinteresse, per venire in aiuto dei concittadini e attenuarne le sofferenze. Rispondendo all'appello del cuore, bandendo per ore e per ore ogni senso di fatica, hanno, con la loro devozione e la loro alta concezione del dovere, giustificato una volta di più la fiducia della città di Parigi. Per non citare che un esempio, ma simbolico, dirò l'abnegazione del dott. Gorodich, il cui fratello venne colpito nella catastrofe; ma, dimentico del proprio dolore, malgrado le sue personali angosce, egli non lasciò un momento il capezzale dei feriti. A tutti esprimo i ringraziamenti commossi della città riconoscente ».

Azioni giudiziarie.

Il dott. Hautant di Pairgi aveva praticato il sondaggio esofageo in un malato, certo Seignobos, a

lui inviato — nella sua qualità di specialista per simili interventi — da un laringologo, dott. Bellin. Durante il sondaggio si produsse una lesione faringea; seguirono pleurite purulenta e mediastinite, che determinarono la morte. La vedova intentò un'azione giudiziaria, reclamando un indennizzo di 600.000 franchi. La parte agente sosteneva: 1° che il dott. Hautant non era stato chiaramente e decisamente autorizzato dal paziente ed agì di sorpresa; 2° che trascurò le precauzioni usuali in simili casi; 3° che si astenne dal rivedere il paziente. Il Tribunale aveva assolto il medico e condannato la vedova alle spese. La Corte d'Appello prima e la Corte di Cassazione poi, hanno confermato la sentenza e condannato la vedova alle maggiori spese.

Di un processo contro un dentista dà notizia il resoconto annuale della Società di tutela dei medici di Londra e Contea. Durante l'estrazione settica di un molare dalla mandibola, in una donna, si produsse frattura dell'osso; la paziente fu ricoverata in ospedale, ove guarì bene; dopo dimessa intentò causa contro il dentista, per rivalsa dei danni; ma il verdetto è stato a favore del dentista, essendosi accertato che questi aveva fatto quanto era possibile, prima e durante l'operazione, per prevenire l'accidente, il quale non era imputabile a sua colpa.

La tassa di scambio sulle specialità medicinali.

Per effetto del R. D. L. 27 dicembre 1933, in corso di pubblicazione, concernente la applicazione della tassa di scambio sulle specialità medicinali, a decorrere dal 1° gennaio 1934, la tassa di scambio sulle specialità medicinali, sia di produzione nazionale, sia di produzione estera, è dovuta, una volta tanto, in ragione di lire cinque per cento ed è comprensiva della tassa che sarebbe dovuta per tutti gli scambi successivi delle specialità stesse.

La tassa si corrisponde: per le specialità medicinali di produzione nazionale: all'atto dello scambio nei confronti di chiunque o, comunque, posto in essere dal fabbricante o dal produttore; per le specialità medicinali di produzione estera: all'atto dello sdoganamento secondo le norme attualmente in vigore per le importazioni in genere.

In relazione all'accennato principio, secondo cui l'obbligo del pagamento della tassa di scambio compete, per tutte le vendite comunque ed a chiunque fatte, dal fabbricante e dal produttore, la tassa del cinque per cento è dovuta anche per le vendite fatte allo Stato, agli Enti pubblici, alle opere pie, agli istituti ospedalieri e di beneficenza ed altri enti

Quanto poi al modo di pagamento della tassa di scambio, per gli scambi nel Regno, il nuovo provvedimento dispone che la tassa, nella misura del 5 per cento, dev'essere corrisposta sulla fattura da emettersi non oltre il quinto giorno non festivo successivo alla consegna e spedizione delle specialità, coll'impiego di marche, se l'importo della tassa non supera le lire venti, mediante il servizio dei conti correnti postali, invece, se l'importo delle tasse stesse superi le lire venti.

Il decreto disciplina anche il caso delle vendite fatte direttamente al pubblico, sia dai fabbricanti a mezzo di proprie farmacie, sia dai farmacisti che preparano specialità in officine direttamente comunicanti con la farmacia.

Un po' dovunque.

Il Ministero della Guerra ha stabilito che il Corpo Sanitario Militare commemorerà la data anniversaria del 4 giugno 1833 (fondazione del Corpo) in luogo del 5 giugno 1920 (concessione della seconda medaglia d'argento al valor militare).

Con Regio Decreto, il termine per l'esercizio dei poteri straordinari, concessi al presidente generale dell'Associazione italiana della Croce Rossa, per il riordinamento degli uffici e servizi e per la dispensa del personale, è stato prorogato sino al 31 marzo 1934.

La Camera dei Deputati ha approvato il progetto di legge sulla Cassa Naz. malattie per gli addetti al commercio, dopo brevi raccomandazioni dell'on. Giardina, accettate, per il Governo, dall'on. Biagi.

Un corso complementare di perfezionamento in igiene e in batteriologia si terrà nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Bologna, per aspiranti alla carriera sanitaria, dal 1° marzo al 30 aprile; tasse complessive L. 477. Chiedere annunzio al direttore dell'Istituto o alla Segreteria universitaria.

Il Comitato internazionale della luce si adunerà a Zurigo in luglio.

La 14ª riunione della Società tedesca di oto-rinolaringologhi si terrà a Würzburg dal 17 al 19 maggio.

Il 26 novembre si è adunata la Sezione toscana della Federazione fascista per la lotta contro la tubercolosi. Nel Palazzo dell'Amministrazione Provinciale, i convenuti ricevettero il saluto del podestà, conte Vecchini; il prof. Neri tenne poi una conferenza su « Questioni d'attualità sull'epidemiologia della tubercolosi ». I lavori proseguirono, durante il pomeriggio, nel sanatorio Garbasso.

La Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 14 dicembre; furono fatte comunicazioni dai soci E. Alfieri, presidente, U. Bertolotto, G. Simonetti, M. Repetti.

L'Associazione Medica Triestina, si è adunata nei giorni 24 novembre, 1 e 5 dicembre, sotto la presidenza del prof. Carlo Ravasini e il 22 dicembre sotto la presidenza del prof. E. Oliani; assisteva il segretario dott. F. Donisi. Furono fatte comunicazioni dai soci E. Rimini, Jacchia, P. Tagliaferro, Robba, Freund, L. Chiuminatto, G. Calligaris, G. Zanier, M. Geyer e B. Priester, G. Liebermann. Nella seduta del 1° dicembre il socio E. Tagliaferro tenne una conferenza sulla pressione media.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 6 dicembre sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai soci G. Baroni, D. Maselli, G. Pieri, A. Dalla Palma, G. Bertolotti, G. Gottardi, E. Da Val.

La Sezione Medica dell'Associazione Americana per il progresso della Scienza si è adunata nel Collegio Medico dell'Università Cornell a New York dal 27 al 30 dicembre sotto la presidenza di C. R. Stockard; principali argomenti in discussione furono: la tubercolosi; la polmonite; sociologia e medicina.

L'Associazione dei medici e praticanti dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires si è adunata il 17 novembre sotto la presidenza del dott. R. V. Becco. Furono fatte comunicazioni dai dottori Grapiolo, Pini, Sabola, Franco, Boccia e Torres.

La Società Giapponese per l'igiene della razza, presieduta dal prof. S. Nagai, va promuovendo un'intensa azione per ottenere la sterilizzazione eugenica degli individui la cui prole è indesiderabile.

L'Associazione della Stampa Medica Belga ha tenuto la sua assemblea statutaria il 10 dicembre; dopo le relazioni del segretario generale e del tesoriere, si procedette alla costituzione dell'Ufficio pel 1934; presidente fu eletto il prof. J. De Smeth; segretario generale il dott. R. Beckers. Furono nominati alcuni membri corrispondenti.

Il prof. C. A. Ragazzi, ufficiale sanitario di Milano, ha tenuto in quella Università popolare una conferenza sulla « Tutela igienica del latte alimentare a Milano ».

Il prof. Cantacuzène di Bucarest ha tenuto una conferenza alla Facoltà medica di Bordeaux sulle sue ricerche relative alla difesa del peritoneo e al compito dell'epiploon.

Il Consiglio d'Amministrazione del Consorzio per il Policlinico « B. Mussolini » di Bari ha aggiudicato l'appello del secondo lotto di lavori, per l'importo di L. 8.685.000; esso comprende le costruzioni dei seguenti: clinica dermosifilopatica, clinica ostetrico-ginecologica, cliniche di pediatria ed oculistica, amministrazione, ambulatorî ed astanteria, stazione di disinfezione, autorimessa, centrale termica e lavanderia, portici tripli.

Il Comune di Torino ha acquistato la villa Rey, costituita da un grandioso fabbricato di circa 12.000 mc. e da un terreno misurante circa 30.000 mq. sistemato a parco ed a giardino, allo scopo di accogliervi bimbi e scolaretti per la elioterapia, per lo svago delle vacanze e per esercitazioni scolastiche all'aperto. La spesa di acquisto è stata pattuita in 376.000 lire.

Si è inaugurato, presso Grodno (Polonia), un sanatorio di cento letti per narcoticomani.

Un'inchiesta condotta dal Governo australiano ha stabilito che alla fine del 1932 si possedevano, in tutto il territorio, mg. 10.035,36 di radium; durante gli ultimi 4 anni se ne perdettero mg. 66, cioè 0,16 % l'anno.

Si è istituito nell'Università di Berlino l'insegnamento, come ordinariato, dell'igiene delle razze, affidato al prof. Fritz Lenz, già docente a Monaco; egli conta 56 anni e da oltre un ventennio si occupa del problema.

I proff. Friedrich von Müller e Albert Döderlein, rispettivamente di medicina interna e di ginecologia nell'Università di Monaco, cesseranno col 1° aprile 1934 dal tenere le lezioni. Contano rispettivamente 75 e 73 anni.

Nella stampa quotidiana ha trovato eco un simpatico gesto del sen. R. Bastianelli, recatosi in volo, il 6 corr., da Roma all'aeroporto di Orbetello, per prestare la sua opera ad un aviere infortunatosi gravemente.

I farmacisti della Germania lamentano i danni che risentono dallo sviluppo dei servizi farmaceutici da parte delle Casse mutue, che provvedono alla fornitura diretta di materiale per medicazione e di varî medicinali.

Si è costituita a Siviglia un'associazione di 46 medici tra i 450 inscritti nel Sindacato della città e provincia; siccome ha fissato un programma non conforme ai principî del Sindacato, questo si è opposto al funzionamento del Gruppo.

In seguito a incidenti sopravvenuti, in due località inglesi, tra le autorità preposte alle associazioni di pronto soccorso, il ministro della sanità ha stabilito che i consigli regionali e le autorità sanitarie devono cooperare nell'organizzazione di servizi efficienti d'ambulanza.

Un concorso per l'« esternato » negli ospedali civili di Marsiglia è stato sospeso, in seguito a denunzia d'irregolarità, da parte di varî gruppi di candidati, nella prova pratica di medicatura e di piccola chirurgia; è in corso un'inchiesta.

In casa del dott. R. Gutiérrez di Madrid, è stata fatta esplodere una bomba, che non ha recato danni alle persone. Il Gutiérrez aveva smascherato un gruppo di operai simulatori, che percepivano il salario senza lavorare; gli operai protestarono violentemente e minacciarono il medico, poi organizzarono e misero in esecuzione la criminosa vendetta.

A Varsavia la Polizia ha scoperto nell'Ospedale israelitico un centro di propaganda comunista che agiva in tutta la Polonia; nove medici furono arrestati.

In Germania l'Ufficio federale della Sanità è stato disciolto e sostituito da un Consiglio della sanità. Il dott. Wagner, che è ora alla testa della classe medica in Germania, è stato incaricato di organizzare il Consiglio e ne è nominato direttore. Si sono impartite disposizioni agli uffici sanitari governativi, di mantenersi in rapporto con detto Consiglio, prima di adottare qualsiasi misura, e affinchè impartiscano le stesse istruzioni agli uffici dipendenti.

I giornali hanno dato notizia dell'eroico atto d'abnegazione del dott. comm. GIOACCHINO TRIOLO, che, mentre assisteva una partoriente, con l'aiuto di una levatrice, venne colto da malore; egli continuò e condusse a termine l'assistenza e decedette subito dopo.

È morto in età di 101 anni, ad Aquileia, frazione di Terzo, il dott. cav. GIOVANNI GORTANI, che due anni fa ricevette imponenti manifestazioni di affetto e di stima, quando ebbe a compiere un secolo di vita. Conservò sino all'ultimo una sorprendente lucidità mentale. Esercitò la professione per circa 70 anni nella nativa Carnia.

Con Sir ARTHUR MAYO ROBSON, morto in età di 80 anni, è scomparso un grande pioniere della chirurgia addominale, noto specialmente per i contributi recati alla chirurgia delle vie biliari. Insegnò a lungo chirurgia allo « Yorkshire College ».

È morto a Venezia il prof. GIULIO CERESOLE, apprezzato cultore di radiologia e di fisioterapia; si era sopratutto dedicato alla talassoterapia ed alla climatologia ed aveva fondato a sue spese un Istituto per lo studio della climatologia marina. Lascia numerose pubblicazioni.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Presse Méd., 21 ott. — D. HELLIN. Innocuità del pnt. bilaterale simultaneo.

Paris Méd., 21 ott. — Malattie dei reni e urologia.

Münch. Med. Woch., 27 ott. — M. NADOLECZNY. Disturbi dell'odorato. — K. VESSELY. Cheratite parenchimatosa.

Gaz. d. Hôp., 28 ott. — L. ISRAEL e A. JACOB. Fisiologia del lobo post. dell'ipofisi; applicazioni terapeutiche

Morgagni, 24 sett. — G. CASOLO. Prova funzionale del fegato col rosa Bengala. — 1 ott. S. CACCURI. Glutatione e ipertens. arter.

Forze Sanit., 20 ott. — M. LUCACER. Sifilide polmonare.

Giorn. di Med. Mil., ott. — CULTRONE. Albuminuria da lavoro negli sciatori. — PLASTINA. Simpatectomia periarteriosa.

Lancet, 28 ott. — C. P. SYMONDS. La vertigine.

Revue Neurol., ott. — E. ALAJOUANINE e R. THUREL. La diplegia facciale cerebrale.

Pathologica, 15 ott. — V. CESARIS DEMEL e al. Avvelenam. da piombo per inalaz. — F. ROCCHI. Anatomia patologica della parotite epidemica. — G. TEDESCHI. Infarto adiposo del fegato.

Minerva Med., 20 ott. — F. SCHUPFER. Atassia acuta in tabetico. — A. LUISADA. Linfosi leucemica in malarico.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulla bacillemia tbc.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., nov. — A. E. ECKHARDT, M. MAYER. Atebrina e plasmochina per via parenterale.

Ann. de Méd., ott. — Numero sulla tbc.

Paris Méd., 4 nov. — Numero sulle malattie dell'infanzia.

Folia Med., 30 ag. — P. CASTELLINO. Della cosidetta « vagotonia ».

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 ott. — C. JULLIARD. Coracoidite.

Riv. di Cl. Ped., ott. — V. ANGELINI. Fosforo e rachitismo.

Ann. di Med. Nav. e Col., sett.-ott. — E. LA TERZA. Tubercolosi e sieri antituberc.

Arch. intern. Med., ott. — I. S. WRIGHT e A. W. DURGEE. I capillari nello stato di salute e di malattie. — A. SPODARO e C. E. FORKNER. Policitemia familiare benigna.

Practitioner, nov. — J. FREEMAN. Idiopatie tossiche (cosidette allergiche). — G. SLOT. Trattam. della sciatica. — M. YEARSLEY. L'otosclerosi.

Indice alfabetico per materie.

Anchilostomiasi alle porte di Napoli . . . *Pag.* 54
Assistenza agli infermi abbienti ricoverati negli ospedali . . . . » 70
Bibliografia . . . . » 64
Blenorragia associata a linfogranulomatosi inguin. . . . . » 66
Corneoma in metamorfosi maligna . . » 65
Cranio: impressioni digitiformi sul tavolato interno . . . . » 66
Diatermocoagulazione di neoplasmi . . » 66
Eczema e allergia . . . . » 58
Emiplegia totale sinistra da meningoencefalite della prerolandica di natura influenzale . . . . » 41
Epato-splenomegalia egiziana . . . . . » 66
Eruzioni cutanee influenzali . . . . . » 67
Febbre ondulante: terapia . . . . . . » 68
Febbre tifoide: collasso . . . . » 68
Febbri specifiche, specialmente scarlattina e morbillo: complicazioni . . . » 67
Ferite: cicatrizzazione . . . . » 65
Flogosi acute: reaz. di Kauffmann . . . » 69
Herpes: concezioni attuali . . . . . . » 60
Influenza: trattamento . . . . » 69
Laringiti post-morbillose: presenza di bacillo difterico . . . . » 69
Leishmaniosi nel cane e nel gatto a Catania . . . . *Pag.* 65
Linfogranulomatosi inguinale: prova di Frei . . . . » 69
Linfogranulomatosi maligna . . . . . » 61
Malattia di Mikulicz e diabete . . . . » 57
Miopatie: metabolismo e terapia . . . . » 62
Morbo di Hodgkin: tentativo di trattam. con siero di gallina . . . . » 69
Nanismo endocrino: nanismo paratiroideo e matronismo di Pende . . . . . » 56
Operandi: valore prognostico dell'azotemia e dell'acidosi . . . . » 51
Pionefrosi fistolizzata in un caso di uretere duplice . . . . » 66
Raffreddore comune . . . . » 68
Raggi mitogenetici . . . . » 65
Sella turcica: dilataz. ampollare . . . . » 65
Sierologia: sistema antigene-anticorpo . » 66
Sistema ret.-endot.: ricerche . . . . . » 65
Sportivi: equilibrio proteico . . . . . » 65
Tubercolosi: è realmente contagiosa? . » 63
Varici: trattamento con iniezioni di sali di chinina . . . . » 62

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLI Roma, 22 Gennaio 1934 - XII Num. 3

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: S. De Candia e E. Frola: Ricerche sperimentali sull'azione dell'ormone corticale nelle infezioni acute. (Nota preventiva).
Osservazioni cliniche: N. Sabatini: Contributo casistico alla diagnosi degli ascessi epatici.
Note e contributi: L. Capaldo: Sui caratteri clinici differenziali della pleurite tubercolare in rapporto ai vari momenti dell'infezione.
Profili: F. Buonomo La Rossa: Domenico Taddei.
Tribuna libera: L. Biancalana - B. Schiassi: Sul valore degli emoinnesti.
Sunti e rassegne: SISTEMA NERVOSO: D. Mc Alpine: L'attacco ipertensivo cerebrale. — A. Buchka: La ipertensione cranica traumatica e la sua cura con particolare riguardo alla osmoterapia. — O. Hess: L'emorragia subaracnoidale spontanea. — FEGATO E VIE BILIARI: Razemon, Biard e Lambret: Le fistole broncobiliari consecutive alla litiasi. — F. Devè: Rottura spontanea nell'addome di una cisti idatidea del fegato. — F. Fodor: Sulla peritonite biliare.
L'attualità terapeutica: Tranier: Le onde corte in terapia.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Accademia Medico-Fisica Fiorentina. — Accademia Pugliese di Scienze. — Società Medico-Chirurgica Veneziana. — Clinica Medica di Catania. — Società Medico-Chirurgica di Pisa.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Emangioma dello stomaco. — Adenomatosi miliare del duodeno. — Cisti gassose degli intestini. — Traumi del tenue. — Ernia mesocolica media. — Il trattamento chirurgico dell'emorragia profusa acuta dello stomaco. — La fisiopatologia dell ulcera gastro-duodenale come fondamento per la scelta del metodo chirurgico di cura. — Le invaginazioni intestinali acute dei bambini trattate col clisma opaco e ridotte sotto lo schermo. — La cura dell'amebiasi coll'iodo-cloridrossichinolina. — L'emosieroterapia nella colite ulcerosa grave. — Nelle gastriti. — Nelle diarree dei poppanti allattati artificialmente. — Nelle emorragie emorroidarie. — DIETETICA: La terapia dietetica del diabete. — SEMEIOTICA: Il segno del «buffetto» per la prova della resistenza dei capillari. — MEDICINA SCIENTIFICA: Sulla necessità delle paratiroidi. — Iperglicemia, splacnici e surrenali. — Iperparatiroidismo pseudo-osteomalacico. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Nella vita professionale: SERVIZI IGIENICO-SANITARI: A. Franchetti: Il regolamento per l'esecuzione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Genova diretto dal Prof. N. PENDE.

Ricerche sperimentali sull'azione dell'ormone corticale nelle infezioni acute.

(Nota preventiva).

Prof. dott. SILVIO DE CANDIA
e dott. ENRICO FROLA, assistenti.

Una numerosa serie di osservazioni sperimentali e cliniche ha ormai accertato in modo indubbio che la corteccia surrenale, oltre a numerose altre funzioni, possiede anche una evidente azione antitossica ed antinfettiva. Data però l'indole di questo lavoro, non staremo qui a riportare le singole ricerche eseguite in proposito, ma ci limiteremo ad accennare come i sostenitori di tale proprietà della corteccia surrenale si fondino specialmente sulla dimostrazione della tossicità del sangue degli animali surrenoprivi e della diminuita resistenza di tali animali verso intossicazioni batteriche e veleni svariati. D'altra parte, recentemente, è stato anche osservato come l'iniezione del cosidetto ormone corticale — isolato recentemente dagli AA. Americani Swingle e Pfiffner — in ratti decapsulati, aumenti notevolmente la resistenza di tali animali sia verso microrganismi patogeni (bacillo del tifo, stafilococco) che verso veleni (morfina, istamina): inoltre gli animali decapsulati si presentano pure più resistenti dei controlli verso le infezioni respiratorie, tanto frequenti in essi per la diminuzione della produzione calorica.

Basandoci sulle ricerche suddette, abbiamo pensato di studiare biologicamente la resistenza di animali infettati sperimentalmente con germi diversi e trattati poi con forti dosi quotidiane di ormone corticale (Cortigen).

Come animale da esperimento abbiamo scelto la cavia, cercando di usare animali approssimativamente della stessa età e della stessa taglia.

Come materiale infettante ci siamo serviti

di vari tipi di germi a diverso potere patogeno, precisamente del bacillo di Eberth, scarsamente patogeno, del bacillo di Flexner capace di provocare gravi peritoniti, ed infine del bacillo tubercolare, ceppo umano, altamente patogeno. Il bacillo di Eberth e quello tubercolare sono stati isolati di recente dal malato; quello di Flexner proveniva invece da una cultura di laboratorio. Il bacillo di Eberth e di Flexner prima delle esperienze sono stati passati successivamente, a scopo di virulentazione, due volte attraverso la cavia.

Detti germi, prelevati sempre da culture recenti — in Petragnani per il bacillo tubercolare, ed in agar per gli altri due — sono stati sospesi in soluzione fisiologica nella dose di 100 milioni per cmc. per il bacillo tubercolare e di un miliardo per cmc. per gli altri due germi.

L'inoculazione del materiale batterico è stata sempre fatta per via intraperitoneale e l'intensità del trattamento è stata differente nei vari gruppi.

Gli animali di esperienza sono stati infatti divisi in gruppi di 4. Le inoculazioni batteriche erano uguali per tutti i quattro componenti del gruppo, ma due soltanto venivano trattati giornalmente, a partire dall'inizio dell'esperienza, con due iniezioni sottocutanee di ormone corticale (2 cc. di Cortigen), sino al termine dell'esperienza stessa.

La prima serie di cavie comprende un gruppo trattato con bacillo di Eberth, e un gruppo trattato con bacillo di Flexner: due miliardi di germi per iniezione: sei iniezioni praticate a giorni alterni.

La terza serie comprende un gruppo di animali trattati una sola volta colla inoculazione di 100 milioni di bacilli tubercolari.

La quarta serie comprende un gruppo di animali trattati con iniezioni multiple di bacilli tubercolari: due miliardi di bacilli a giorni alterni (4 iniezioni).

Per le prime due serie abbiamo studiato il comportamento dell'indice opsonico, del potere agglutinante e dei globuli bianchi (numero e formula leucocitaria); per le due ultime serie ci siamo limitati allo studio dei globuli bianchi.

I risultati ottenuti, che esporremo dettagliatamente in un prossimo lavoro più esteso, possono essere così riassunti:

L'*indice opsonico* cresce costantemente, sebbene non di molto, sia negli animali trattati con ormone corticale che in quelli non trattati. Si ha l'impressione però che esso raggiunga valori leggermente più elevati negli animali non trattati coll'ormone corticale.

Il *potere agglutinante* cresce costantemente col progredire dell'infezione: dà valori molto bassi iniziali (1 : 10, 1 : 20), si giunge già al 6°-7° giorno a valori intorno ad 1 : 300. Così come l'indice opsonico, anche il potere agglutinante del siero degli animali non trattati con l'ormone corticale sembra superare leggermente quello degli animali trattati con ormone corticale.

Anche il *numero dei globuli bianchi*, che aumenta costantemente, sembra raggiungere cifre più elevate negli animali non trattati con ormone corticale.

La *formula leucocitaria* è quella che forse presenta il comportamento più caratteristico. Mentre infatti negli animali non trattati con ormone corticale si osserva per lo più una notevole reazione neutrofila con linfopenia relativa, in quelli invece trattati con ormone corticale si osserva per lo più una modica reazione linfocitaria.

Il comportamento dei monociti, se numericamente non è molto caratteristico, poichè in entrambi i casi si osserva per lo più un loro aumento, presenta però morfologicamente rilievi degni di nota. Mentre negli animali non trattati con ormone corticale prevalgono le forme monocitarie vacuolizzate, irregolari; in quelli invece trattati con ormone corticale prevalgono le forme normali, anzi con caratteri di giovanilità.

Anche per quanto riguarda gli elementi istiocitari circolanti, prevalgono nel primo caso gli elementi di tipo endoteliale e nel secondo gli elementi di tipo linfocitoide e monocitoide.

Gli eosinofili, i basofili e i corpi di Foà-Kurloff non dimostrano un particolare comportamento.

Ma il dato più interessante è senza dubbio fornito dalla *resistenza* che gli animali trattati con ormone corticale hanno presentato di fronte alla infezione sperimentale. In tutte le serie e in tutti i gruppi gli animali trattati con l'ormone corticale hanno presentato, senza eccezione alcuna, non solo una resistenza nettamente superiore a quella degli animali non trattati con l'ormone in parola, ma inoltre, mentre tutti i controlli sono morti in seguito alle iniezioni di germi, numerosi animali trattati con l'ormone corticale sono riusciti invece a superare la grave infezione e sono tutt'ora in vita.

Non vi è alcun dubbio quindi che il trattamento con ormone corticale negli stati infettivi sperimentali attenui notevolmente l'intensità morbosa della malattia.

Se passiamo infatti a vagliare i risultati pre-

cedentemente accennati, dobbiamo ammettere che la malattia degli animali trattati con ormone corticale ha decorso con una minore intensità morbosa, come, fino ad un certo punto, ce lo fanno pensare il minore aumento dell'indice opsonico e del potere agglutinante e come senza dubbio ce lo dimostrano la minore neutrofilia, la presenza di linfocitosi, il minor numero di forme di involuzione della serie mononucleare e sopratutto l'esito della malattia.

Queste nostre considerazioni infatti trovano appoggio nelle ricerche di Jaffé e Marine e di Také e Marine, i quali hanno dimostrato negli animali epinefrectomizzati una maggiore produzione di anticorpi, da loro messa in rapporto con una minore resistenza degli animali stessi.

L'ulteriore sviluppo di queste nostre ricerche e la loro conferma anche nel campo clinico potrebbero portare all'uso terapeutico vantaggioso dell'ormone corticale nelle infezioni acute, e probabilmente anche croniche (tubercolosi sopratutto).

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno studiato biologicamente la resistenza di animali infettati sperimentalmente con germi diversi (bacilli di Eberth, Flexner e coli) e trattati poi con forti dosi quotidiane di ormone corticale. A tale scopo si sono serviti di cavie ed hanno studiato il potere opsonico e agglutinante del siero, il comportamento dei globuli bianchi (numero e quadro leucocitario) e la resistenza generale alla infezione. Gli AA., in base a tali ricerche, vengono alla conclusione che il trattamento con ormone corticale negli stati infettivi sperimentali attenui notevolmente l'intensità morbosa della malattia.

Nei prossimi numeri pubblicheremo:

IL PROBLEMA DELL'APPENDICITE CRONICA

Prolusione del Prof. D. TADDEI

Direttore della R. Clinica Chirurgica Generale di Firenze.

UN CASO DI GASTRITE LUETICA ULCERATA

Lezione clinica del Prof. L. FERRANNINI

Direttore dell'Istituto di Clinica Medica Generale della R. Università di Bari.

EMATURIA DI ORIGINE OSCURA

Lezione clinica del Prof. A. GASBARRINI

Direttore dell'Istituto di Clinica Medica Generale della R. Università di Padova.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica Medica Generale della R. Università di Siena.

Direttore: Prof. G. GAMNA.

Contributo casistico alla diagnosi degli ascessi epatici.

Dott. NICOLA SABATINI, assistente.

La diagnosi di un ascesso epatico, quando non soccorrano elementi anamnestici che ne diano un indizio e la sintomatologia clinica sia tale da simulare altra manifestazione morbosa, è sempre molto difficile e mette a dura prova la capacità diagnostica del medico.

L'interesse di due casi clinici di ascesso epatico capitati alla nostra osservazione è dato in uno da un decorso tutto particolare e non frequente, nell'altro dal germe ritrovato nel pus dell'ascesso che molto raramente sostiene tale forma morbosa.

Vediamo la storia e il decorso clinico dei due ammalati.

M. Fedele, di a. 59, celibe, colono, da Rapolano (Siena), entra in Clinica il 28 aprile 1932.

Nulla di notevole nell'anamnesi ereditaria e famiiare; è nato da parto spontaneo, allattamento materno, deambulazione e dentizione in epoca normale. Durante l'infanzia ha sofferto di morbillo e scarlattina. In seguito ha goduto buona salute fino alla malattia attuale.

Circa 20 giorni prima di entrare in clinica cominciò a sentirsi molto stanco, ad avvertire qualche lieve brivido di freddo probabilmente seguito da modico rialzo termico non controllato dal paziente.

Tale stato durò per circa una settimana finchè il paziente fu colto da brividi intensi di freddo seguiti da rialzo termino fino a 40° C. e dolore abbastanza vivo sulla spalla destra. La febbre si conservò così elevata e continua per circa 3 giorni, poi si fece più bassa oscillando fra 37°,5-38°, preceduta sempre da leggeri brividi di freddo. Lo stato di malattia rimase così invariato, in uno stato generale del paziente abbastanza buono fino al momento dell'ingresso in Clinica.

La diuresi era scarsa, l'alvo stittico.

Non avrebbe avuto malattie veneree; buon mangiatore e bevitore.

Al momento dell'ingresso in Clinica il paziente si presentava in uno stato generale discreto con aspetto un po' sofferente, febbre elevata intermittente insorgente con brivido intenso di freddo. Era evidente un colorito subitterico della cute e delle sclere. L'esame del torace faceva rilevare uno smorsamento di suono alla base destra dove si ascoltavano gruppi di rantoli a medie e piccole bolle a carattere consonante.

L'espansione toracica alla base destra era un po' limitata. Il limite superiore del fegato era alla 5ª costa, quello inferiore debordava dall'arco costale quasi due dita trasverse. L'esame dell'addome faceva rilevare alla palpazione una dolenzia in tutto il quadrante superiore destro dove si aveva

un certo senso di resistenza facilmente vincibile con gli atti respiratori. La dolorabilità sembrava più accentuata all'esterno della emiclaveare subito al disotto dell'arco costale. Con l'ascoltazione sull'area epatica si avvertiva qualche crepito.

La milza era notevolmente ingrandita debordando dall'arco costale due dita trasverse con margine netto e duro.

Per tre o quattro giorni la sintomatologia rimase invariata e poteva essere spiegata anche con la presenza di un focolaio broncopneumonico nel lobo inferiore destro con risentimento della pleura diaframmatica.

Con notevole rapidità il paziente si aggrava nello stato generale, la temperatura si fa più elevata insorgendo con brividi intensissimi di freddo. All'ipofonesi nella sottoscapolare rapidamente succede una ottusità assoluta. La puntura esplorativa in questa regione dà esito a liquido citrino con caratteri dell'essudato nel cui sedimento prevalgono i neutrofili.

L'esame del sangue dava una leucocitosi di 18.000 con l'85 % di neutrofili. Il paziente si lamentava di vivi dolori nei quadranti inferiori dell'addome, ma l'esame di essi era negativo.

L'esame radiologico faceva rilevare la cupola diaframmatica destra molto sollevata, con profilo non netto del seno costodiaframmatico. Aumento in toto dell'ombra epatica.

I dati obbiettivi, la discreta leucocitosi, il carattere settico della temperatura fecero pensare che quanto si andava svolgendo in corrispondenza dell'apparato toracico di destra, e la fenomenologia dolorosa dell'ipocondrio destro fossero la conseguenza reattiva di una suppurazione sottostante per cui l'ammalato fu consegnato al chirurgo con diagnosi di probabile ascesso epatico. L'ammalato fu operato (operatore il prof. Bolognesi) per via transpleurodiaframmatica e fu ritrovata una notevole raccolta purulenta dal lobo destro del fegato. Il pus aveva un aspetto giallo-verdastro denso, parte del materiale aveva un colorito cioccolato.

Dal pus viene isolato un germe in cultura pura che presenta le seguenti caratteristiche morfologiche:

1) A fresco: bacilli tozzi in gran parte, alcuni lunghi, circondati da un alone chiaro, dotati di movimenti di translazione.

2) Mediante colorazione col metodo Gram: numerosissimi bacilli Gram negativi a spazi chiari.

3) Colorazione delle ciglia col metodo Petragnani: numerosi bacilli a ciglia disposti a raggera.

CARATTERI CULTURALI.

Il germe è aerobio ed anaerobio facoltativo in quanto si coltiva facilmente sia nei mezzi comuni in presenza di aria (brodo comune, agar comune) sia in terreni che ne sono privi (terreno di Tarozzi, brodo-ferro secondo D. D'Antona).

Le caratteristiche principali nei mezzi abituali sono le seguenti:

1) *Brodo comune*: in breve tempo, in stufa a 37° intorbidamento totale e abbondante di tutto il mezzo, in seguito presenza di un velo vischioso alla superficie che col tempo si ispessisce notevolmente prendendo l'aspetto di un anello, mentre al fondo si stabilisce un deposito giallastro.

2) *Agar comune*: a 37° già dopo poche ore presenza nella superficie del terreno di cultura di numerose colonie di aspetto lattescente, colonie che s'ingrandiscono rapidamente e confluiscono fra loro, tanto che dopo circa 10 ore tutta la superficie del terreno di cultura è invasa da una patina uniforme, spessa, di aspetto vischioso, di colorito grigio-giallastro che a luce incidente dà riflessi iridescenti.

3) *Gelatina*: sviluppo a temperatura ambiente con liquefazione.

4) *Latte*: viene coagulato in 24-48 ore.

5) *Latte al tornasole*: in 24 ore viene neutralizzato e coagulato.

6) *In acqua peptonata*: cultura di 2 giorni, accenna alla produzione di indolo.

7) *In acqua peptonata*: cultura di 4 giorni, la reazione dell'indolo è positiva leggermente.

8) *In brodo comune*: cultura di 4 giorni, la reazione dell'indolo è negativa.

Prova degli zuccheri. — Mannite ±; Lattosio —; Saccarosio +; Levulosio +; Glucosio +; Saccarosio +; Galattosio +; Glicerina —.

Le caratteristiche morfologiche e colturali del germe permettono di fare la diagnosi bacteriologica di proteus.

Dopo l'atto operativo il paziente peggiora rapidamente e la famiglia ne reclama le dimissioni dalla Clinica desiderando che l'eventuale decesso avvenisse nella propria casa per cui venne a mancare ulteriore osservazione del malato, che decedeva qualche giorno dopo essere dimesso dalla Clinica.

M. Alfredo, da Siena, di anni 57, coniugato, commerciante. Entra in Clinica il 19 gennaio 1932.

Nulla di notevole nel gentilizio. Il padre morì a 52 anni in seguito ad intervento chirurgico per ernia; la madre è vivente; ha due fratelli ed una sorella viventi e sani; uno morì nel 1927 per tifo addominale.

Nato da parto normale, deambulazione e dentizione in epoca normale. A 13 anni fu ammalato di tifo addominale del quale guarì in due mesi. A 27 anni si coniugò con donna tuttora vivente e sana dalla quale ha avuto due figlie, una tuttora vivente e sana, una morta a 22 anni nel 1932 per tubercolosi polmonare. Nel 1923 fu ammalato circa un mese di bronchite, dopo la quale si rimise bene in salute.

La sera del 30 ottobre 1929 il paziente, dopo alcuni giorni di malessere generale e cefalea, fu colto di brividi di freddo e da intensificazione della cefalea; insorse febbre elevata che nel giorno successivo salì fino a 40°.

In seguito si conservò elevata, leggermente remittente. I brividi di freddo non si ripeterono più e in tali condizioni entrò in Clinica Medica Generale il giorno 8 novembre 1929. In questo periodo si trovava nelle seguenti condizioni.

Individuo di costituzione scheletrica regolare in discrete condizioni di nutrizione; cute di colorito roseo, leggermente pallido, elastica, leggera cianosi delle labbra, non ittero. Mucose visibili discretamente irrorate. Il paziente giaceva di preferenza supino, non si lamentava di disturbi particolarmente evidenti. Aveva un aspetto pressochè indifferente, sensorio e psiche integri, memoria conservata. Masse muscolari discretamente conservate un po' ipotoniche. Pannicolo adiposo discretamente rappresentato. Apparato linfatico superficiale indifferente. Non presentava nulla all'esame del capo e degli occhi; anche l'esame del collo era nega-

tivo. Torace del tipo espiratorio, angolo epigastrico ottuso, angolo di Louis appena accennato. Ampie e simmetriche le espansioni respiratorie. L'esame fisico sia anteriormente che posteriormente non permetteva di rilevare fatti anormali. Solo alla base sinistra si ascoltava qualche crepito fine inspiratorio.

L'esame del cuore era pressochè negativo: toni puri, rivoluzioni ritmiche. L'addome pianeggiante, trattabile, leggermente dolente alla palpazione nella regione ileocecale.

Negativa la palpazione delle logge renali.

L'ottusità epatica aveva il suo limite superiore al 5° spazio intercostale, il margine inferiore debordava circa due dita dall'arco costale. L'ottusità splenica era leggermente ingrandita in alto e l'organo debordava appena dall'arco costale.

Sulla cute dell'addome erano presenti alcune roseole del tutto simili alle tifose. Nulla a carico dei sensi specifici. Riflessi patellari ed achillei presenti.

Dopo 4 giorni di degenza la febbre scomparve gradualmente. Il quadro infettivo suggeriva di praticare una sierodiagnosi che fu positiva per il tifo fino a 1:500. Fu dimesso guarito il 20 novembre 1929 con diagnosi di typhus leavis. Stette bene fino al novembre 1931, nel quale tempo, dopo brividi di freddo, ebbe elevazione termica che si protrasse continua per alcuni giorni. Dopo la febbre ha avuto delle remissioni mattutine elevandosi alla sera fino verso i 38°. Durante due mesi di malattia nella notte il paziente è stato colto per 8-10 volte da brividi di freddo a cui seguiva un'elevazione termica notevole che si dileguava al mattino con forti sudori. Al momento del secondo ingresso in Clinica avvenuto il 19 gennaio 1932 presentava all'emitorace destro una vasta zona di ottusità che dalla base arrivava in alto fino a due dita trasverse sopra l'angolo della scapola. Ivi si aveva abolizione del fremito e respiro bronchiale intenso intonato in alto. Nella sottoscapolare si aveva ottusità assoluta e silenzio respiratorio. Con la puntura esplorativa praticata nell'8° spazio intercostale destra all'esterno della emiscapolare furono estratti 150 cc. di un liquido giallo torbido che presentava i seguenti caratteri: P. S. 1020 albumina 3,7 %; reazione di Rivalta positiva. Nel sedimento numerosi linfociti, leucociti e globuli rossi, rare cellule di sfaldamento.

Un esame di sangue praticato nei primi giorni di questa seconda degenza in Clinica dava i seguenti risultati: gl. rossi 3.270.000; Hb. 75; val. gl. 1,1; gl. bianchi 13.900, neutrofili 75 %, eosinofili 0, %, basofili 0 %, monociti 0 %, linfociti 25 %.

Fino al 12 febbraio successivo all'ingresso in Clinica la febbre fu continua, fortemente remittente, insorgente spesso, se non tutti i giorni, con brividi intensi di freddo seguiti da rialzo termico che in genere saliva a 38°,5, diminuendo con profusa sudorazione.

I segni del versamento pleurico rimanevano pressochè invariati.

Per quanto i caratteri del liquido pleurico estratto ed il primo esame di sangue non deponessero per una forma suppurativa questa necessariamente fu sospettata data l'intensità dei brividi di freddo e si pensò che la raccolta potesse trovarsi nel torace molto profondamente. Anche l'esame del sangue ripetuto dava una risposta differente alla precedente essendo aumentati i gl. bianchi fino a 20.000 ed i neutrofili raggiungevano una percentuale di 87 % (la ricerca del parassita malarico fu sempre negativa).

Fu praticata quindi il 9 di febbraio una seconda puntura esplorativa in corrispondenza dell'8° spazio intercostale sulla emiscapolare molto profonda. L'ago nel penetrare incontrava una forte resistenza vinta la quale fu estratto un liquido citrino leggermente torbido. Il giorno successivo fu praticata una toracentesi estraendo 800 cc. di liquido citrino torbidiccio che presentava i seguenti caratteri: P. S. 1028; Rivalta ++. Nel sedimento scarsi globuli rossi, discretamente numerosi elementi linfocitari di piccola o media grandezza, cellule endoteliali della pleura.

L'esame radiologico praticato nei primi giorni di febbraio dava il reperto di un versamento pleurico destro che raggiungeva il 3° spazio intercostale destro. Dopo 3 giorni dal suddetto svuotamento pleurico il paziente si fa apirettico, la diuresi abbondante, migliora gradatamente fino a potersi ritenere clinicamente guarito. Il giorno prima che sia dimesso dalla Clinica, 4 marzo 1932, fu praticato un secondo esame radiologico del torace che dava un reperto di pleurite essudativa destra con linea di Demoiseau. All'apice sinistro segni di corticopleurite e noduli acinosi. Nella zona parailare e media destra noduli disseminati acino-nodosi. Quando fu dimesso, alla base del torace destro si aveva ipofonesi marcata e diminuzione di respiro come reliquati della pleurite essudativa che si era svolta.

Dovette rientrare in Clinica il giorno 19 dello stesso mese, avendo goduto, a casa, buona salute per pochi giorni, poichè fino dal giorno 11 aveva cominciato a presentare accessi febbrili di pochissima durata preceduti da brividi e seguiti da abbondante sudorazione, scarsa tosse, dolorabilità alla base dell'emitorace destro.

Le condizioni obiettive del paziente erano poco modificate. Al torace oltre all'ottusità e scarsità di respiro già presenti quando fu dimesso, scomparvero dei rumori di sfregamento evidenti anche alla palpazione. Inoltre il paziente si lamentava di una certa dolorabilità alla base del torace destro. Trascorsi i primi 15 giorni senza che comparissero modificazioni rimarchevoli al torace. Fu colto quasi tutti i giorni da brividi più o meno intensi di freddo non sempre seguiti da rialzo termico, e questo, quando avveniva, non superava i 38°, per cui il paziente trascorse alcuni giorni senza temperatura febbrile.

L'esame del sangue, in questo periodo dava il seguente risultato: Globuli bianchi 11.400; Neutrofili 82; Eosinofili 2; Basofili 0; Linfociti 10; Monociti 6.

Per quanto non fosse notevole la leucocitosi, il decorso della febbre quasi sempre preceduta da brividi faceva pensare seriamente alla presenza di una raccolta profonda che sostenesse il quadro di malattia. Dire dove fosse situata tale raccolta non era facile non esistendo il quadro clinico e radiologico che per lo più danno gli ascessi subfrenici e non essendo facile supporre che la raccolta si trovasse nel fegato non esistendo alcuna modificazione a carico di quest'organo. Il suo limite inferiore era all'arco costale, quello superiore al 5° spazio intercostale, non si aveva ittero, nè si poteva dare eccessiva importanza ad alcuni rumori di sfregamento che si ascoltavano anteriormente

sulla zona epatica, poichè si era svolta una pleurite essudativa.

Tuttavia, nell'incertezza della possibile sede della raccolta, nei primi giorni di aprile, furono praticate tre punture esplorative alla base di destra nell'8° spazio intercostale procedendo dalla linea emiscapolare sempre più medialmente. Le prime due riuscirono negative, la terza assai profonda eseguita tra la continuazione della linea marginomediale della scapola e la paravertebrale ha esito positivo raccogliendosi circa 10 cc. di liquido assai torbido, giallo-rossiccio. Questo all'esame istologico si dimostrava costituito quasi esclusivamente da globuli rossi ben conservati linfociti e cellule endotelioidi.

Come dimostra la procedura usata nel praticare le punture esplorative, si sospettava che l'eventuale raccolta si trovasse profondamente e medialmente fosse essa sopra o sotto diaframmatica. L'esame radiologico in quest'epoca dava il reperto di una pleurite D. e scissurite D.

Dopo alcuni giorni da quest'intervento la febbre scomparve, il paziente migliorò gradatamente e fu potuto dimettere di nuovo dalla Clinica, dopo lunga convalescenza, il 19 maggio successivo.

A casa stette bene fino al 1° giugno quando fu colto da malessere generale, modica temperatura febbrile che in qualche ora della giornata saliva a 37°,2 dolenzia alle articolazioni, specie alla spalla destra dove assunse un carattere più costante senza che le articolazioni si facessero arrossate o tumide.

Tale sintomatologia generale, passati alcuni giorni, si attenuò e rimase solo la lieve febbre che si protrasse fino al 18 giugno successivo. In questo giorno fu colto improvvisamente da brividi intensissimi di freddo, vivi dolori all'addome, nausea e alcune scariche alvine ai quali fatti non seguì rialzo termico. Nella notte dello stesso giorno fu colto di nuovo dalla stessa sintomatologia di brividi di freddo intensissimi ai quali seguì un rialzo termico fino a 40°.

Necessariamente questi fatti dovevano riallacciarsi alla malattia per la quale era già stato ricoverato in Clinica dove fu fatto rientrare il giorno 19 giugno per ricercare nuovamente la sede dell'eventuale raccolta che doveva avere sostenuto tutto il decorso della malattia.

In questo momento l'esame obiettivo dell'ammalato faceva rilevare una notevole ipofonesi fino ad ottusità in basso nella sottoscapolare destra, che si estendeva nella parte più bassa della regione ascellare. La cute che ricopriva queste regioni non era arrossata come non lo era stata in precedenza, ma si presentava un po' edematosa specie se confrontata con quella del lato opposto. La pressione risvegliava vivo dolore in quasi tutta la regione epatica specie nel lato esterno. L'urto a martello col taglio della mano risvegliava vivo dolore sotto la cui impressione il paziente si ritraeva avvertendo come una tensione dolorosa profonda nell'ipocondrio destro.

I limiti del fegato erano quelli solitamente normali.

L'esame delle altre regioni del torace faceva rilevare qualche rantolo fine nella sopraspinosa sinistra.

Lo stato generale del paziente nei momenti in cui non aveva brividi di freddo era quasi indifferente pur essendo pallido e un po' denutrito.

L'esame delle urine, come in precedenza non presentava nulla di notevole, quello del sangue: globuli bianchi 25.000, globuli rossi 4.000.000, emoglobina 75, v. globulare 93, neutrofili 78, basofili 0, eosinofili 1, monociti 1, linfociti 20. Anche questa volta il problema da porsi fu quello di ricercare dove poteva trovarsi precisamente la raccolta purulenta che necessariamente doveva sostenere il quadro di malattia.

La sensazione dolorosa che il paziente aveva con l'urto sulla zona epatica mise sulla buona strada, facendo pensare che essa fosse provocata dalla distensione della glissoniana in stato di risentimento.

Le pleuriti di vecchia data, infatti non provocavano questo tipo di dolore anche se sono diaframmatiche.

Fu fatto quindi il ragionamento inverso alla volta precedente: la raccolta anzichè mediale e profonda doveva essere più laterale e con tutta probabilità nel lobo destro del fegato.

Il giorno stesso dell'ingresso in Clinica fu praticata una puntura esplorativa in corrispondenza dell'8° spazio intercostale, molto all'estremo dell'emiscapolare, quasi sull'ascellare posteriore più in basso quindi e assai all'esterno della volta precedente.

Con l'ago si ha l'impressione di attraversare la parete toracica penetrando nel cavo pleurico da dove, aspirando, non si estrae nulla, introducendo oltre l'ago si ha la sensazione di penetrare in una cavità da dove si estrae del pus denso color cioccolato chiaro.

L'esame microscopico di esso fece rilevare che era costituito da un detrito amorfo residuo di globuli di pus in mezzo al quale si osservavano rari globuli bianchi mal conservati.

Le culture del pus in brodo, brodo glucosato, bile, agar sangue, e terreni anaerobi, furono completamente negative. La ricerca del bacillo di Koch fu pure negativa, ed anche quella delle amebe, per quanto il pus non avesse affatto l'aspetto di quello delle epatiti colliquative, fu praticata ripetutamente e fu sempre negativa.

Fu ripetuta la sierodiagnosi per i tifi e la maltese che dette esito negativo.

Il 22 giugno fu passato e subito operato nella Clinica chirurgica (prof. Bolognesi).

Anestesia generale eterea. Incisione in decubito ventrale, base toracica destra, con bisturi elettrico.

Il taglio viene praticato obliquo lungo il margine costale. Costotomia, pleurotomia. Aperto il cavo pleurico si notano solo lievi aderenze del foglietto parietale della pleura con quello pleurodiaframmatico. Si fissa quindi con alcuni punti di sutura la pleura diaframmatica alla incisione pleurica sovrastante. È attraverso il diaframma, con incisione con bisturi elettrico che si penetra in una voluminosa raccolta purulenta intraparenchimale del fegato, avente maggiore estrinsecazione sulla cupola del fegato stesso. Il pus è denso color grigio cioccolato. Con esso vengono rinnovate culture in agarsangue, brodo, agar e terreno al ferro.

Dopo 24-48 ore non si ha alcun sviluppo di germi. Rinnovata la ricerca delle amebe in materiale prelevato con raschiamento in prossimità del parenchima epatico dette esito negativo.

Il decorso post-operatorio fu normale e molestato solo da leggeri fatti bronchiali.

Il 23 luglio il paziente fu potuto dimettere guarito.

Il criterio pratico di questo scritto ci dispensa dal prendere in esame la questione generale degli ascessi epatici, ampiamente trattata in numerosi lavori speciali e monografici di cui la letteratura è molto ricca.

Dobbiamo dire però brevemente della etiopatogenesi di quest'affezione per illustrare quella dei nostri casi e fare su di essi brevi considerazioni diagnostiche.

Possiamo distinguere gli ascessi del fegato in ascessi amebici e ascessi da batteri. Può non essere necessaria questa distinzione per il fatto che l'ascesso amebico non è veramente tale non avendosi in esso alcun processo suppurativo; ma una necrosi collequativa. Le due forme sarebbero così due malate ben diverse e distinguibili.

La localizzazione settica nel fegato è legata a traumi diretti su questo organo, a calcolosi epatica, a malattie del tubo gastrointestinale (appendicite, ileotifo, elmintiasi), a diffusione diretta di processi flogistici vicini al fegato, a bacterioemia e a pioemia.

Le vie seguite dai germi sono la ematica (circolazione generale e portale) la linfatica, la biliare.

Gli ascessi sono multipli od unici, questi più frequentemente localizzati nel lobo destro come nei due casi riferiti, quelli multipli traggono per lo più origine da infezioni delle vie biliari (angiocoliti suppurative).

Naturalmente quando nell'anamnesi sussista una delle condizioni morbose ora dette il compito diagnostico se ne avvantaggia notevolmente.

Nei nostri due casi invece non è esistita nessuna condizione di malattia del genere ora detto dalla quale abbia tratto origine la malattia del fegato.

Per quanto riguarda il primo caso la supposizione più logica è quella di pensare che a carico del malato si sia svolta, nei primi giorni di degenza a casa, un quadro di leggera malattia a carattere infettivo; che nel caso nostro possiamo ritenerla di origine intestinale nel senso che i germi ospiti abituali dell'intestino si siano virulentati per cause che sfuggono al nostro controllo, creando uno stato di malattia.

Ci sembra logica questa supposizione poichè il germe è un proteus, abitatore intestinale per lo più innocuo. Fin che tale germe virulentato ha limitato la sua azione morbigena al solo intestino si può supporre abbia sostenuto il su detto stato febbrile leggero, e quando invece si è localizzato nel fegato, acquistando qualità suppurative, abbia creato il su detto stato morboso a localizzazione epatica.

Questo per dire che è necessario prospettare alla nostra mente la possibilità di una localizzazione settica nel fegato anche quando sfugga al controllo la causa prima dalla quale abbia tratto origine l'infezione.

In questo caso si poteva supporre che lo stesso quadro di malattia poteva esser sostenuto da una raccolta sottodiaframmatica. Infatti sia la sintomatologia anteriore che quella posteriore (fatti broncopneumonici e pleurite sierofibrinosa) potevano benissimo essere l'espressione reattiva di un focolaio settico sottodiaframmatico. Generalmente però le localizzazioni purulente sottodiaframmatiche sono gassogene, producono una bolla d'aria il cui rilievo semeiotico e radiologico permette una differenziazione.

Comunque la questione essenziale era quella di affermare che nell'ipocondrio destro, sia che appartenesse al fegato o al sottodiaframma, si andava svolgendo una suppurazione per non porre indugi ad un pronto intervento chirurgico. Questo fu fatto con sollecitudine facendo la supposizione che con tutta probabilità la raccolta doveva trovarsi nella parte più esterna (lobo destro) poichè i fenomeni reattivi si svolgevano prevalentemente alla base del torace, e su l'addome nella parte più esterna del quadrante superiore destro.

Le difficoltà diagnostiche ed etiologiche sono ancora maggiori nel secondo caso. La sterilità dell'ascesso non ha permesso di rilevare quale germe può avere sostenuto il quadro morboso. Si può escludere certamente l'ascesso amebico.

Il paziente non si è mai recato in regioni dove più facilmente si ha l'infestazione amebica. Per quanto nella nostra regione siano stati osservati dei casi di enterite ed ascesso del fegato da ameba istolitica, essa è rara. Inoltre il materiale all'esame macroscopico e microscopico non era quello della necrobiosi amebica, ma quello di vero pus che essendo di vecchia data e sterile era costituito da un detrito di globuli di pus mal conservati.

Da dove può aver tratto origine tale ascesso? Non è possibile dirlo con sicurezza. Se dobbiamo attenerci ai fatti morbosi che l'anamnesi del paziente fa rilevare, l'unica supposizione logica è quella di pensare che il leggero quadro morboso svoltosi negli ultimi giorni dell'ottobre e i primi di novembre 1929 sia stato realmente un tifo leggero. Devo porre il dubbio poichè la malattia fu lieve, di breve durata e la sierodiagnosi positiva non poteva es-

sere del tutto decisiva perchè il paz. aveva sofferto in giovane età di tifo.

Tuttavia che quello svoltosi nell'ottobre-novembre sia stato un tifo è possibilissimo, tanto più che una sierodiagnosi per i tifi praticata dopo la guarigione del paz. fu negativa. Il paz. potrebbe essere divenuto un portatore di germi di tifo i quali, anche a distanza di tempo, potrebbero aver dato la localizzazione epatica su riferita.

Giungere alla diagnosi di certezza di questa localizzazione suppurativa del fegato in questo caso è stato tutt'altro che facile non solo perchè alcuni elementi ne fuorviavano il pensiero, ma anche perchè il decorso e la sintomatologia presentata è stata tutt'altro che comune.

Bisogna tener presente che una figlia del paz. era morta tubercolosa. Egli stesso nella zona apicale e sottoapicale sinistra aveva i segni di una localizzazione di natura specifica. La sintomatologia a carico dell'emitorace destro prevalentemente, se non esclusivamente era quella che siamo soliti avere in una comune pleurite sierofibrinosa tubercolare. Perfino l'esame del sedimento del liquido pleurico servì a far nascere dubbi: era costituito in prevalenza da elementi linfocitari.

È vero che nei versamenti cronici possono prevalere i linfociti indipendentemente dalla natura tubercolare dell'essudato, ma questi sono rilievi postumi; nel momento nel quale fu fatto l'esame non potè servire che ad aver per lo meno prudenza nell'emettere un giudizio di certezza per l'esistenza di una raccolta purulenta sottostante.

La quantità di essudato pleurico inoltre era notevolissima giungendo l'ottusità sino alla spina della scapola destra. I fenomeni a carico della regione epatica erano scarsissimi. Non si aveva edema cutaneo, non spostamento nè ingrandimento notevole del fegato come abbiamo già rilevato. L'unico fatto esistente a carico di questo era dato dagli sfregamenti sulla regione epatica, fenomeno spesso presente nella semplice pleurite diaframmatica.

Lo stato generale del paziente non assunse mai l'aspetto del settico essendo il suo colorito più ravvicinabile a quello che sogliono assumere i tubercolosi che i settici.

Tuttavia vi era abbastanza nel tipo della febbre e nella qualità dei globuli bianchi con prevalenza dei neutrofili per sospettare che profondamente dovesse esistere una raccolta purulenta. Soltanto che, svolgendosi i fenomeni morbosi reattivi a carico esclusivamente della pleura, fu sospettato che la raccolta appartenesse al parenchima polmonare e fosse situata profondamente e medialmente; ma la ricerca di essa, come è stato detto, fu negativa.

Ragionando a posteriori bisognerebbe considerare che con tutta probabilità una raccolta di lunga durata appartenente al parenchima polmonare avrebbe finito per dare un empiema e non una semplice pleurite sierofibrinosa.

Nella successione di queste valutazioni diagnostiche passava anche il tempo ed il decorso della malattia, con la guarigione apparente avvenuta, per ben due volte spontaneamente, si incaricava di frodare ai curanti la soddisfazione di porre per tempo una diagnosi di sede del focolaio suppurativo.

Nel terzo ed ultimo ingresso in Clinica questo compito fu più facile poichè non si ebbe una ripresa di attività della pleurite della quale esistevano solo i postumi nella forma di uno smorsamento di suono e diminuzione di respiro nella sottoscapolare e parte bassa dell'ascellare destra. Queste condizioni permettevano di escludere una localizzazione purulenta nel parenchima polmonare e che essa appartenesse al fegato ci convinse una manovra semeiotica semplice che a noi parve decisiva. Essa è l'equivalente della manovra di Giordano, la quale consiste nell'imprimere al fegato un urto verso l'altro al disotto dell'arco costale. Noi l'urto lo provocammo col taglio della mano nell'area di proiezione esterna del fegato. Questa manovra nel caso nostro provocava una reazione dolorosa profonda e faceva ritrarre il paziente. Tale dolore con la stessa manovra non si aveva al di sopra, nella zona propriamente polmonare, nè al di sotto nella loggia renale. Era logico supporre che non trovandoci di fronte ad una pleurite diaframmatica iniziale, la quale poteva dare lo stesso risentimento doloroso, questo fosse dato dal distendersi brusco della glissoniana con l'urto energico della mano. La puntura esplorativa in quest'ultima volta fu molto fortunata permettendo una diagnosi di certezza e di sede.

L'osservazione del decorso morboso di questo caso e le brevi considerazioni diagnostiche permettono una conclusione d'indole generale nei riguardi della diagnosi di eventuali localizzazioni purulente.

Di fronte ad un caso clinico sicuramente settico e del quale non si riesca a stabilire la eventuale sede si deve tener sempre presente che la sua localizzazione possa essere nel fegato o quanto meno nel sottodiaframma.

Il fegato è l'organo più adatto per la sua mole e la sua sede, a nascondere alla nostra indagine una raccolta purulenta.

Se la raccolta appartenesse poi al sottodiaframma l'errore pratico sarebbe nullo poichè il contegno terapeutico chirurgico sarebbe analogo per tutti e due i casi.

RIASSUNTO.

L'A. illustra brevemente due casi interessanti di ascesso del fegato facendo alcune considerazioni su la etiologia e la diagnosi di tale affezione.

NOTE E CONTRIBUTI

SANATORIO PROVINCIALE ANTITUBERCOLARE « VILLA DEI PINI » - LONGIANO (FORLÌ).

Direttore: Dott. LUIGI CAPALDO.

Sui caratteri clinici differenziali della pleurite tubercolare in rapporto ai vari momenti dell'infezione.

Dott. LUIGI CAPALDO.

In qualunque momento del ciclo dell'infezione tubercolare, così nella tubercolosi primaria, come in quella post-primaria, può comparire una pleurite. Essa è quasi sempre espressione della partecipazione della pleura a processi già indovati in altri organi, sopra tutto nel polmone, mentre la pleurite primitiva è senza dubbio assai rara.

Non poca influenza esercita la sua comparsa sulla ulteriore evoluzione della malattia; su questo punto si è anzi particolarmente rivolta, in questi ultimi tempi, l'attenzione degli studiosi. Ma se la valutazione del destino dei pleuritici può essere interessante, non lo è certamente meno il considerare che la pleurite ha caratteristiche di decorso e di evoluzione del tutto diverse, a seconda della lesione fondamentale cui è legata.

A tale importante studio abbiamo cercato di portare un contributo con il presente lavoro.

***

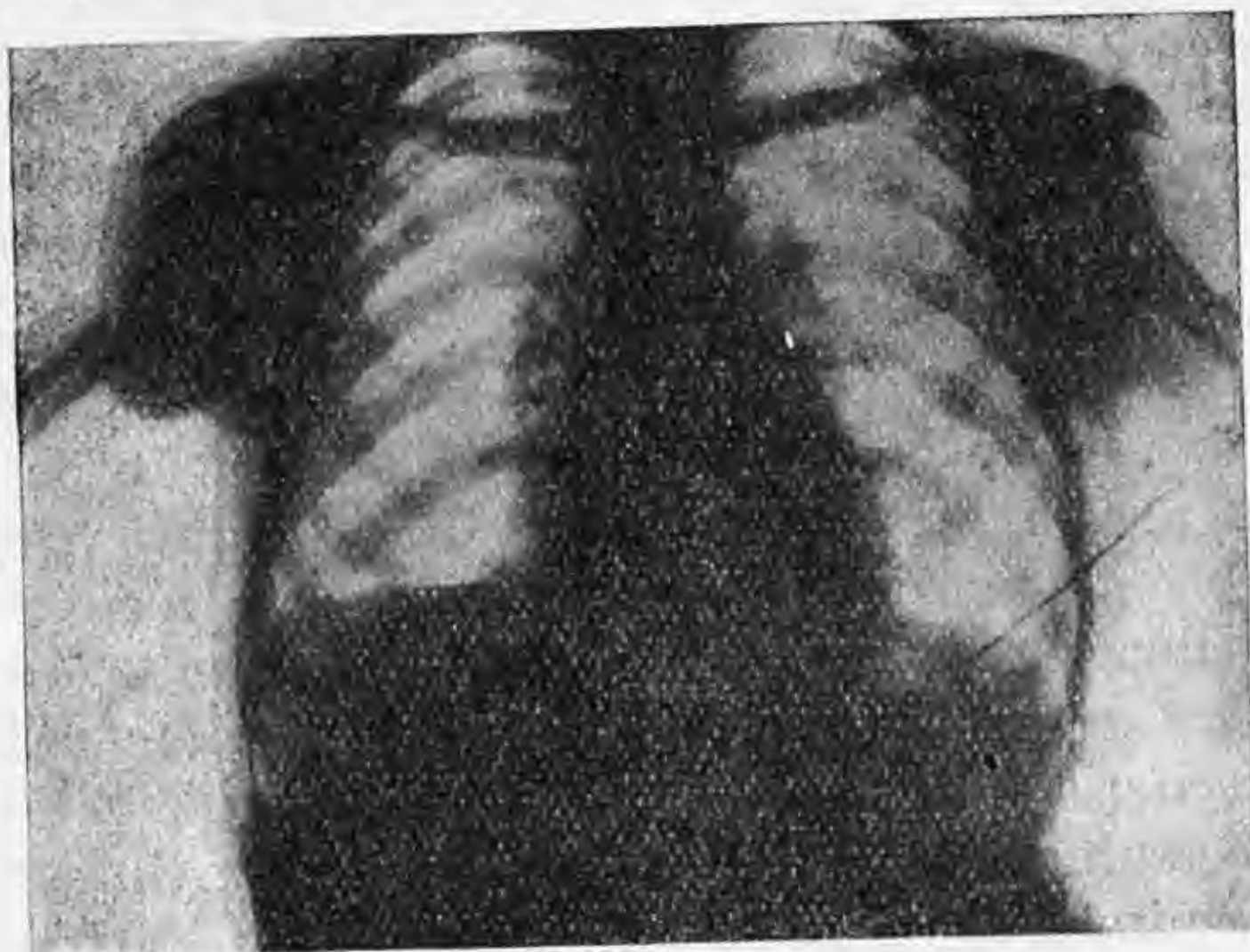
Già nell'infezione primaria del bambino può esservi un interessamento della pleura; anzi in questa, che può decorrere senza alcun sintomo evidente, uno sfregamento pleurico o un piccolo versamento, possono essere i segni rivelatori, che valgono a richiamare l'attenzione del medico. Circa la genesi di tali pleuriti è da tener presente che il Gröber, con inoculazione di inchiostro di china nelle tonsille, ha dimostrato che esistono vie linfatiche dirette tra queste e la sierosa; non è escluso, quindi, che, in quei casi in cui la porta d'ingresso del germe sia proprio questa, il focolaio primario dell'infezione possa insediarsi nella pleura, secondo la legge di Cohnheim. È probabile però che questa evenienza costituisca una rarità, nè è necessario, come giustamente osserva il Pepere, ricercare ipotetiche vie di penetrazione del germe dall'esterno sino alla pleura, per spiegarci l'insorgere delle pleuriti in questo stadio. Ci basta invece la nozione sicuramente acquisita che un focolaio primario polmonare è assai spesso sottopleurico o perchè il germe viene trasportato alla periferia con la corrente linfatica, o perchè, secondo altri, egli è attratto nei movimenti respiratorii verso le parti margino-basali del polmone, più ampiamente respiranti. Comunque se il focolaio è sottopleurico, non manca quasi mai la concomitante infiammazione della pleura, che ha valore di flogosi collaterale.

Un evidente caso del genere è stato descritto dal Mazzeo della clinica pediatrica di Napoli in un lattante di quattro mesi, in cui il reperto di autopsia mise in evidenza un grosso tubercolo nel margine polmonare postero-inferiore, accompagnato da un abbondante essudato pleurico.

Più frequente è però il caso che il germe arrivi alla pleura non dal focolaio polmonare, ma dalla componente ghiandolare del complesso primario. È importante notare che anche qui l'infiammazione può propagarsi qualche volta per contiguità. Le ghiandole tracheo-bronchiali possono infatti essere distinte in tre gruppi, situati uno a destra, uno a sinistra della trachea ed uno nello spazio intertracheo-bronchiale. Il gruppo di destra ha immediati rapporti con il foglietto mediastinico della pleura dello stesso lato e per questa via può aversi quindi la propagazione; negli altri casi probabilmente assai più numerosi, il germe arriva solo secondariamente alla pleura attraverso le vie ematiche o linfo-ematiche.

Ecco un caso del genere capitato di recente alla nostra osservazione:

Trattasi di una bambina di 12 anni, tale L. A., la quale viene condotta in ambulatorio, perchè da qualche tempo accusa dolore alla spalla destra, inappetenza, debolezza generale. All'esame obbiettivo si nota che all'emitorace destro il margine polmonare è fisso e vi è una sensibile ipofonesi dall'angolo della scapola in basso. L'ascoltazione fa notare in questa stessa regione numerosi sfregamenti pleurici e qualche rantolo a piccole e medie bolle. L'esame radiologico mostra notevole tu-

mefazione delle ghiandole tracheo-bronchiali con accenno a calcificazioni multiple; l'emidiaframma destro è deformato e attratto in alto, pochissimo mobile negli atti respiratorii, il seno costo-diaframmatico è quasi completamente scomparso (radiografia N. 1).

RADIOGRAFIA N. 1.

In casi di questo genere l'infiammazione pleurica è più spesso fibrinosa, ma non sempre. Lo stesso Mazzeo ha infatti portato un notevole contributo allo studio della pleurite essudativa del bambino della prima e seconda infanzia con un complesso di 227 osservazioni raccolte nel materiale della clinica dello Iemma. Egli arriva alla conclusione che tali pleuriti sono quasi sempre secondarie ed indotte presumibilmente dall'immissione in circolo di germi provenienti da altro focolaio preesistente.

Ma anche nei casi meno frequenti di infezione primaria dell'adulto la prima manifestazione clinica può essere costituita da una pleurite. Ricordiamo le osservazioni di Hamburger il quale in soldati che non reagivano alla tubercolina vide insorgere dopo convivenza con ammalati di forme aperte, una pleurite essudativa. Anche il Corbini riporta in un suo recente lavoro un caso simile.

***

Indubbiamente però le localizzazioni pleuriche accompagnano con maggiore frequenza le varie forme di disseminazione ematogena, che appartengono al secondo stadio di Ranke, caratterizzato appunto dai processi di generalizzazione, dall'ipersensibilità del soggetto, dalla frequenza ed importanza dell'infiammazione essudativa perifocale.

Abbiamo già detto anzi, che, secondo i concetti del Tendeloo, la pleurite ha assai spesso tale significato.

Così è assai frequente, sebbene di grado diverso, la compartecipazione della pleura nella tubercolosi miliare acuta. A volte si tratta di semplici sfregamenti determinati dalla formazione di tubercoli sui foglietti della sierosa, a volte, invece, di modici versamenti, per lo più bilaterali, sulla cui frequenza ed importanza diagnostica ha per primo richiamata l'attenzione il Jousset.

Vi è poi una forma di tubercolosi miliarica acuta descritta dal Piery, in cui l'affezione della pleura predomina nel quadro clinico, sicchè può presentare qualche difficoltà la diagnosi differenziale. Se non che la maggiore gravità dei sintomi, la più profonda alterazione dello stato generale, l'altezza della febbre, la grave astenia, il tumore di milza, debbono indurre in sospetto e servire ad illuminare la diagnosi.

Il Neumann pone poi tra le forme ematogene proliferanti di questo stadio, la cosidetta pleurite virulenta recidivante, in cui si hanno infiammazioni circoscritte della sierosa, che portano ad aderenze parziali o ad ispessimenti della pleura apicale, interlobare o basilare.

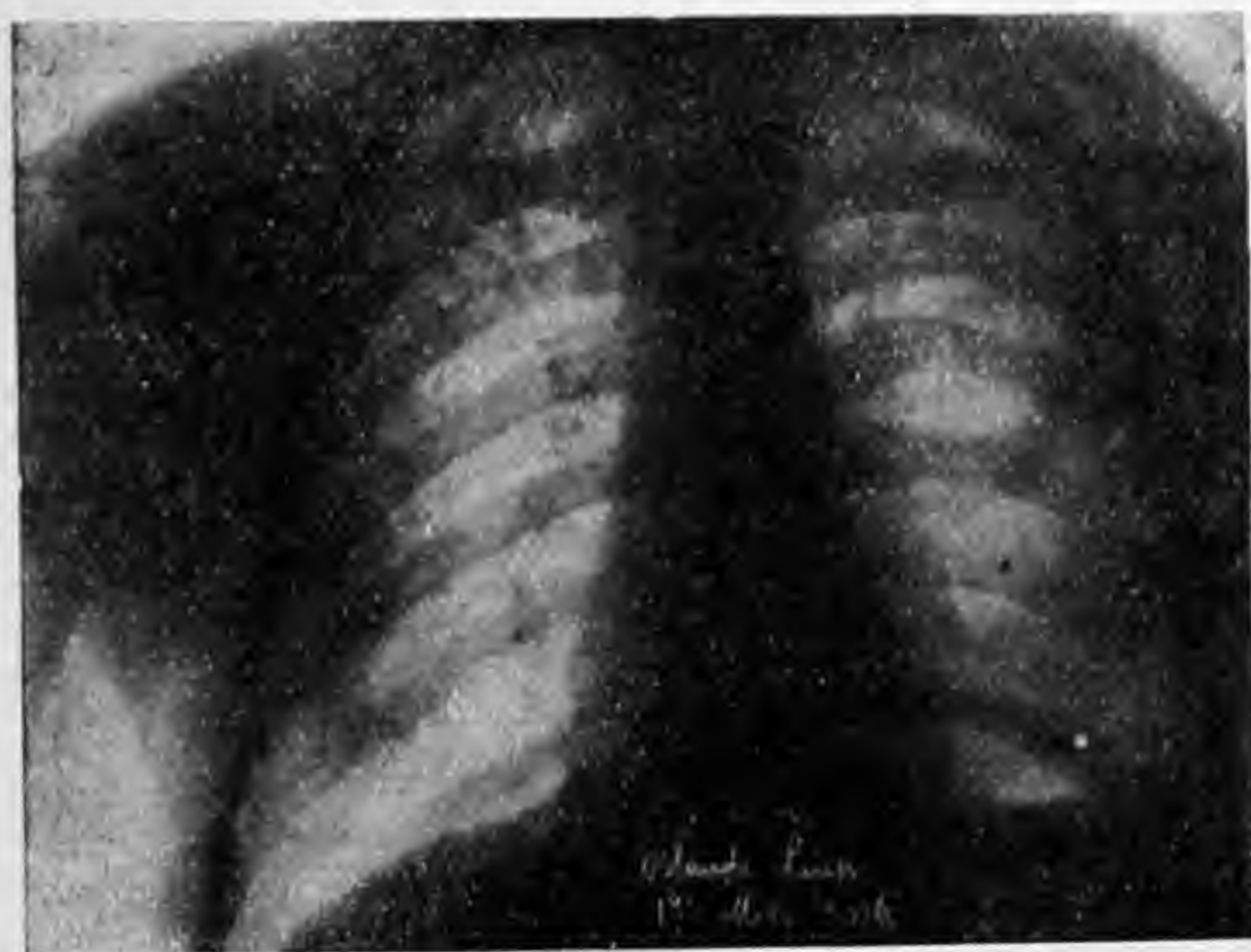
Anche il Grau ha richiamata l'attenzione su di una forma di pleurite, che egli chiama primitiva, in quanto è il primo segno di una speciale forma di tubercolosi, di probabile origine ematogena, in cui i focolai polmonari sono assai piccoli, tutti di grandezza uguale ed hanno sopratutto la particolarità di non essere sparsi in tutto l'ambito, ma limitati solo ad alcuni tratti di esso.

Meno comune è invece la nozione che una pleurite essudativa può aprire il quadro di una di quelle disseminazioni ematogene croniche, che per il loro speciale aspetto clinico hanno meritato il nome di miliari fredde. Per quanto già il Bard nel 1898 avesse descritta una forma discreta della tubercolosi miliarica, il merito principale di averne individuato le forme croniche spetta a Burnand e Sayè.

Si manifestano queste clinicamente con sintomi di tossiemia, costituiti da leggera cianosi, dimagramento, astenia, disturbi gastrici, mentre la temperatura può essere solo subfebbrile o anche del tutto normale. A carico dell'apparecchio respiratorio i sintomi sono assai scarsi; in genere vi è poca tosse e poco escreato, solo di rado e scarsamente bacillifero; la dispnea invece, sebbene non grave, è quasi costante; l'esame obbiettivo può mostrare solo una modica ipofonesi delle parti alte del polmone ed un respiro scarso od aspro, qualche volta a carattere vescico-bronchiale. Il reperto radiologico è per contro assai evidente: i campi pol-

monari sono uniformemente grigi e su questi spicca un seminìo di piccole e numerose macchiette rotondeggianti, di dimensioni varie, ma sempre assai piccole, con margini netti, spesso però confluenti e riunite a gruppi. Possono esse occupare tutto il campo polmonare, ma possono anche prevalere in alcuni tratti o in uno dei polmoni; sono poi quasi sempre più numerose e più fitte agli apici e nelle parti alte.

Anche queste forme possono esordire con una comune pleurite essudativa. Due casi capitatici a breve distanza di tempo hanno appunto avuto tale inizio:

Il primo è tal O. L., di anni 18, il quale nell'aprile del corrente anno fu colto all'improvviso da alta febbre. Fu diagnosticata una pleurite essudativa sinistra e fu curato con pneumotoracentesi. Il liquido in breve finisce col riassorbirsi completamente; esami radioscopici ripetutamente eseguiti risultano a tal riguardo negativi. L'esame obbiettivo dell'apparecchio respiratorio è pressochè muto. Senonchè perdura la febbricola, il dimagramento, l'astenia; viene allora eseguito (ottobre 1933) un esame radiografico che mostra una tipica diffusione miliariforme in tutto l'ambito polmonare. Attualmente la cura sanatoriale ha portato netto e decisivo miglioramento. Da notarsi che nell'anamnesi figurano ambo i genitori e due sorelle morte per tubercolosi polmonare. (Radiogr. N. 2).

RADIOGRAFIA N. 2.

Nell'altro caso trattasi di tal P. A., di anni 17, a gentilizio immune e anamnesi personale negativa, il quale nel novembre 1932 presentò una pleurite essudativa destra trattata con pneumotoracentesi, e successivamente, essendo il liquido divenuto torbido, con lavaggi della pleura. A distanza di dieci mesi il liquido è ancora presente, sebbene scarso. L'esame obbiettivo dell'apparecchio respiratorio dà a destra ottusità mobile alla base e respiro scarso su tutto l'ambito; a sinistra invece respiro aspro con qualche crepitio disseminato. Un ultimo esame radiografico eseguito nel settembre 1933 conferma la diagnosi di miliare fredda già sospettata in base ai soliti sintomi clinici di tali forme. (Radiogr. N. 3 e N. 4).

Come appare dalle due storie cliniche, qui brevemente riferite, in tali casi, anche dopo evacuazione del liquido e sostituzione con gas e malgrado le consuete cure, non si ha un netto e decisivo miglioramento, di mano in mano progrediente sino alla scomparsa di ogni sintomo, come avviene nelle comuni pleuriti, ma invece la forma morbosa si trascina a lungo con una febbricola persistente e con un corteo sintomatico vario e un alternarsi di peggioramenti e di riprese, che inducono

RADIOGRAFIA N. 3.

RADIOGRAFIA N. 4.

il sospetto di qualche grave alterazione, sinchè l'ulteriore evoluzione e l'esame radiologico non chiariscono al tutto la diagnosi. Crediamo non inutile richiamare l'attenzione su tale possibilità tanto più che essa non è, in genere, citata dagli autori. Il Corbini nel suo già citato lavoro parla solo della comparsa di noduli miliariformi, in numero piuttosto scarso nell'ambito polmonare dopo una pleurite essudativa, ma riferisce, riportandosi anche ad osservazioni del Redeker, che tali disseminazioni ematogene sono per lo più benigne e

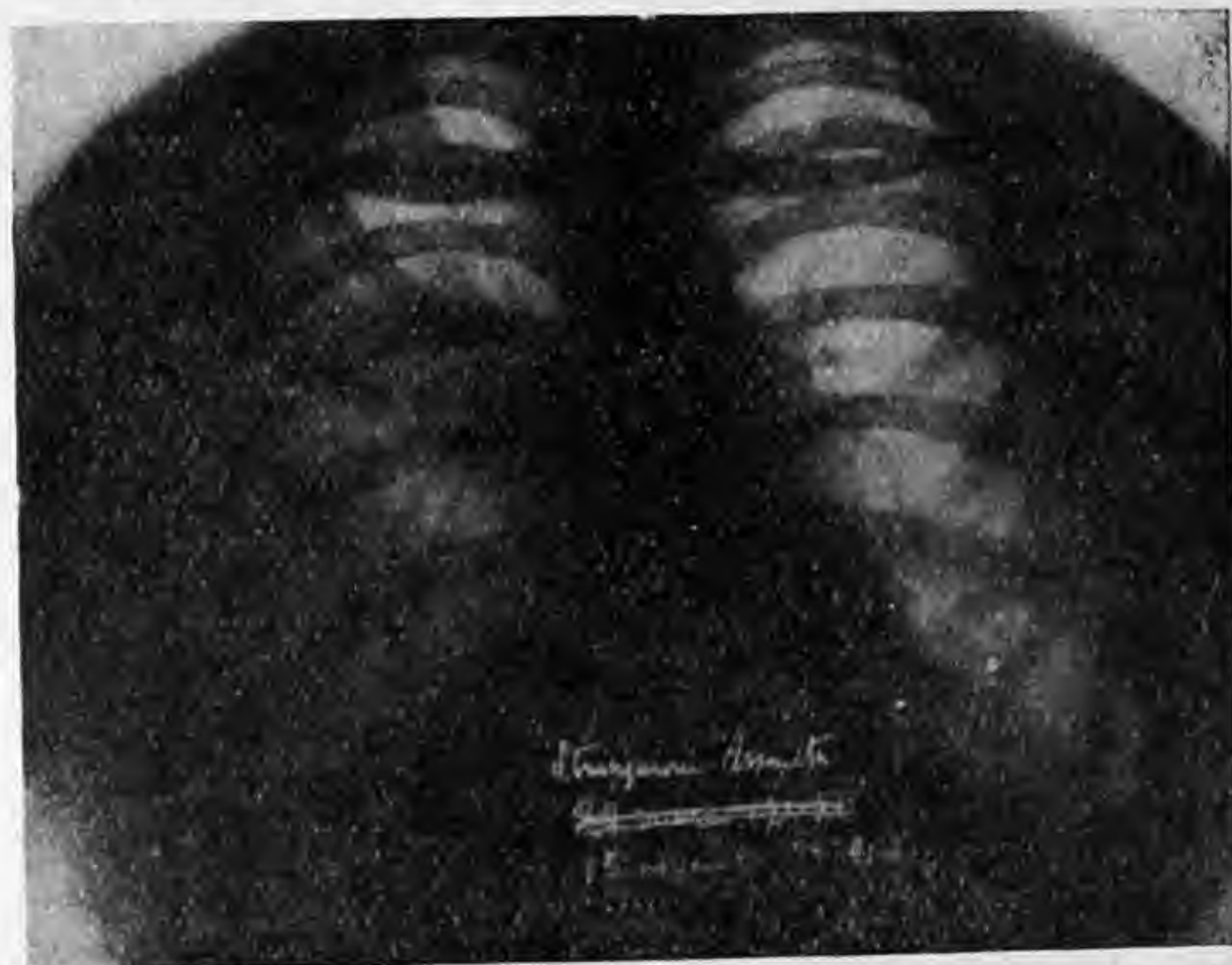
tendono a scomparire in breve tempo. Noi invece sulla scorta dei due casi osservati e considerando che unico e in fondo il meccanismo patogenetico, tenderemmo ad ammettere che possono osservarsi in clinica tutti i gradi di passaggio, dalla tubercolosi miliarica acuta a forma pleurica descritta dal Piery, alla pleurite essudativa esordio di disseminazioni ematogene croniche o fredde, che dir si voglia, sino ai casi più benigni di Redeker e di Corbini di pleuriti concomitanti a minime eruzioni miliariformi, con tendenza al rapido riassorbimento e alla guarigione spontanea.

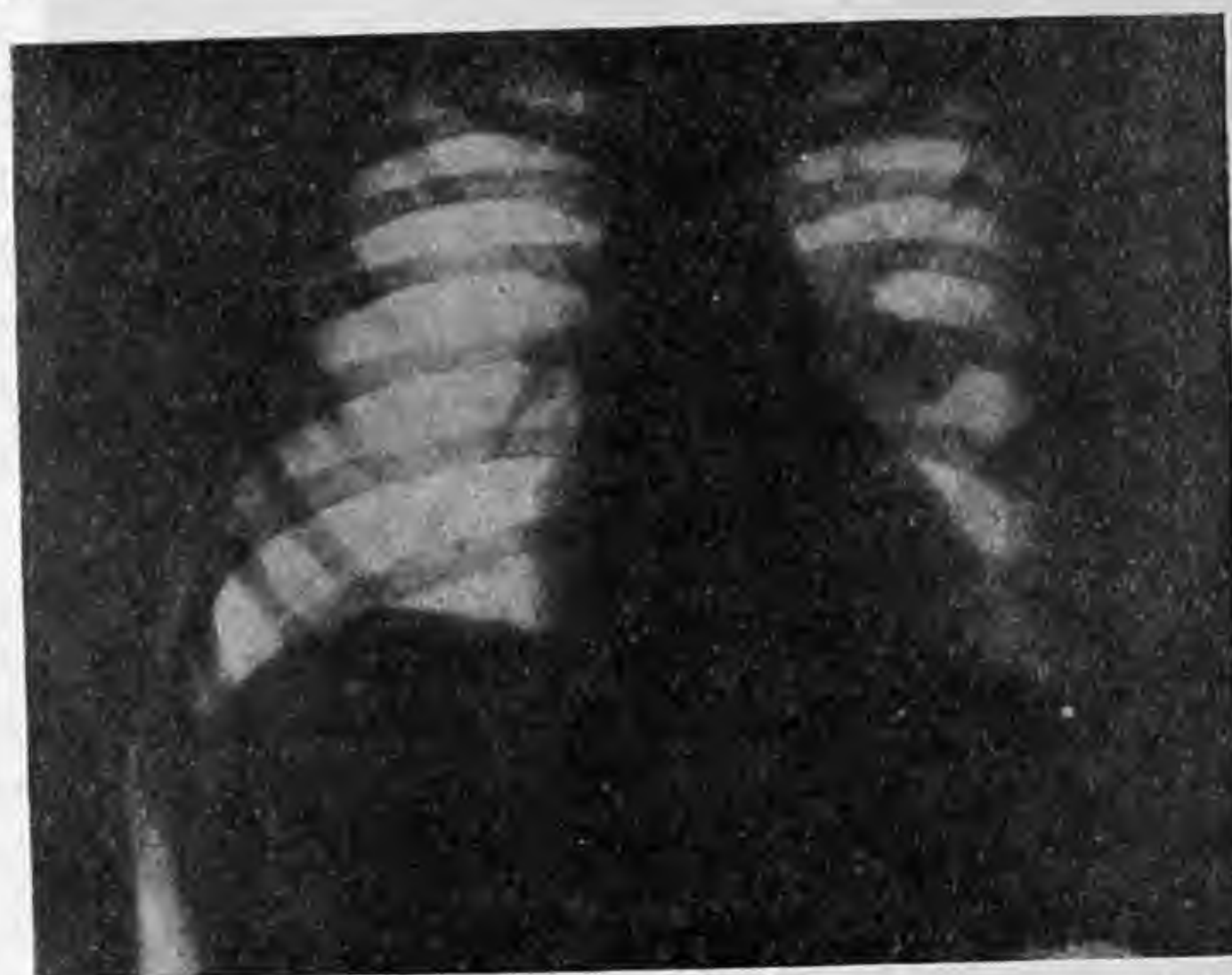
*
* *

Anche nella tubercolosi isolata del polmone, per attenerci ancora fedelmente allo schema di Ranke, la pleurite è spesso presente, seppure con caratteristiche diverse come diverso è il terreno allergico sul quale evolve.

Essa può intervenire come lesione collaterale di focolai polmonari situati nell'apice o nel sottapice o anche in altre zone del polmone (Gamna) e può tanto seguire, quanto precedere, la comparsa di un infiltrato precoce, di una scissurite, di una lobite, di una pneumonite caseosa. E che ciò sia non maraviglia, se si riflette che oggi si ritiene assai più frequente la genesi endogena di tali processi, anzichè la loro dipendenza da una reinfezione esogena. Comunque tale reinfezione avvenga, si comprende facilmente che il bacillo possa arrivare anche alla pleura e determinarvi un processo morboso. Ma mentre le pleuriti che insorgono nel periodo secondario hanno in genere, specialmente se essudative, un inizio brusco, contrassegnato da alta febbre e da sintomi generali rilevanti, queste altre esordiscono in genere più subdolamente e minore è la compromissione dello stato generale, tanto se la concomitante lesione del polmone è completamente silente, quanto se invece essa predomina nel caso clinico.

Ne fan fede i tre casi clinici riportati dal Corbini nel già citato lavoro e anche le due osservazioni nostre che qui riportiamo:

S. A., da Ancona, di anni 18, nubile. Nell'anamnesi si rileva che la madre ha sofferto una pleurite essudativa molti anni addietro e che un fratello è attualmente affetto da adenite laterocervicale suppurante. Il padre e un altro fratello godono invece ottima salute. Nata a termine, ha avuto sviluppo somatico regolare; mestruò a tredici anni ed ebbe sempre flussi regolari. Lavorò prima in una sartoria e poi in fabbrica. Nega speciali occasioni di contagio nell'ambiente di lavoro. La malattia è incominciata nell'aprile del 1931 con una forma influenzale durata circa dieci giorni. Nell'agosto successivo le fu riscontrata una pleurite essudativa destra, per cui fu ricoverata in ospedale, ove rimase per circa un mese, tornando di poi al suo domicilio. Entra in sanatorio il 10 novembre 1932. Le viene riscontrato un modico versamento pleurico destro e vengono estratti circa duecento cc. di liquido. Gli esami clinici e radiologici mettono in evidenza un infiltrato parailare destro che regredisce spontaneamente con la sola cura sanatoriale. Una radiografia del marzo 1933 mostra il completo riassorbimento. Viene dimessa il 17 luglio dello stesso anno. (Radiografia N. 5).

RADIOGRAFIA N. 5.

G. S., di anni 14, da Roncofreddo (Forlì). Nel gentilizio figura un fratello convivente ammalato di forma polmonare specifica. Nata a termine ha avuto allattamento materno e sviluppo somatico regolare. Non è ancora mestruata. Non ha avuto alcuna malattia sino alla presente, iniziatasi nel dicembre 1931. A quest'epoca le fu riscontrata una pleurite essudativa sinistra perchè la paziente era ricorsa al medico, avendo notato da qualche tempo dimagramento, febbricola vespertina, indebolimento delle forze. Fu per due volte sottoposta a toracentesi. Ciò malgrado essendo le sue condizioni andate progressivamente scadendo, viene ricoverata in sanatorio il 13 aprile 1932. L'esame cli-

RADIOGRAFIA N. 6.

nico e radiologico mette in evidenza un infiltrato para-ilare sinistro. Poichè questo mostra spontanea tendenza alla regressione e non vi sono bacilli nell'espettorato, si attende prima di intraprendere la cura pneumotoracica.

Senonchè nel nov. successivo insorge pleurite essudativa destra; si estraggono allora 1500 cc. di liquido e si immette aria sino a pressione positiva. Viene dimessa grandemente migliorata il 7 settembre 1933. (Radiografia N. 6).

Sicchè sintetizzando le osservazioni di Corbini e nostre possiamo dire che la pleurite può tanto precedere la costituzione di un infiltrato precoce, quanto insorgere in un qualunque momento della sua evoluzione ed avere caratteri clinici piuttosto benigni ed esercitare sulla ulteriore evoluzione della malattia un'influenza probabilmente benefica.

Anche però, nella reinfezione esogena secondo il Neumann può osservarsi una forma di pleurite secca recidivante. Ciò avviene in quegli ambienti di elevato contagio, quali possono essere sanatorii ed ospedali. In questi casi, se i poteri immunitarii dell'individuo colpito sono particolarmente validi e la sua costituzione resistente all'infezione, non si ha, secondo quest'autore lo sviluppo della malattia, ma tutto si limita all'insorgere di pleuriti secche a ripetizione, a carattere del tutto benigno.

***

Il giudicare in qual momento del ciclo dell'infezione tubercolare sia insorta la pleurite, ha dunque non poca importanza non solo prognostica, ma anche terapeutica.

Dal punto di vista della prognosi, noi riteniamo in termini generali, che l'influenza che la pleurite esercita sulle concomitanti lesioni del polmone, a cui tanti lavori sono stati in questi ultimi tempi dedicati (Soglia, Bartolotti, Moretti, Corbini) non dipenda sempre e soltanto da ragioni fisiomeccaniche, ma anche dal carattere della lesione polmonare e dallo speciale periodo allergico in cui il soggetto si trova.

Per esemplificare diremo che potrà anche darsi che un infiltrato precoce o una lobite e simili si giovino della compressione meccanica esercitata da un versamento; seppure non ideale, perchè non elastica. Ma è assai dubbio che se ne avvantaggino lesioni miliariche subacute o croniche, sia dal punto di vista meccanico per la notevole riduzione di capacità vitale, che esse comportano e che sarà ancora aggravata dall'essudato, sia dal punto di vista immunitario, perchè in tali forme, così refrattarie ad ogni stimoloterapia, non potrà certo non nuocere la notevole quantità di veleni tubercolari, che il riassorbirsi del versamento immette in circolo.

Nei processi fibrosi invece è probabile che una pleurite giovi, sia esercitando uno stimolo pleurogeno, che faciliti i processi di cirrosi, sia dal punto di vista immunitario, sia anche con la compressione meccanica.

E dal punto di vista della cura occorre appena notare che diverse debbono essere le direttive terapeutiche in un complesso primario, in un infiltrato precoce, in una tubercolosi miliarica.

Alla fondamentale lesione del polmone, molte volte mascherata dalla pleurite, va dunque rivolta principalmente l'attenzione.

E poichè, in qualche caso, anche l'esame radiologico può essere non abbastanza istruttivo, appunto per la presenza del versamento, quali sono i criteri che possono servire al medico per orientarsi? Essi risultano da quanto abbiamo fin qui detto e che forse non sarà inutile riassumere.

Mentre l'età del paziente e i segni clinici e radiologici di un'adenopatia tracheo-bronchiale possono farci pensare all'infezione primaria ed indurci quindi ad una prognosi relativamente benigna e ad una terapia aspettante, diverso è il caso per ciò che riguarda gli adulti.

Qui ha scarsa importanza se la pleurite è secca o essudativa, potendo l'una e l'altra trovarsi in lesioni lievi o gravi del polmone; ne ha invece maggiore il carattere dell'essudato, quando è presente. Un essudato emorragico sta quasi sempre ad indicare la presenza di tubercoli miliarici sulla pleura, la sua sterilità, invece, provata anche con l'inoculazione in cavia deve farci ritenere che trattasi di una infiammazione collaterale, nel senso di Tendeloo (Neumann). Il ripetersi poi, a breve distanza, di pleuriti secche con localizzazione costante o varia, effetto di ripetute piccole bacillemie, depone ancora per lesioni del periodo secondario. Invece la presenza di bacilli nell'espettorato, sopratutto se abbondante, deve farci propendere per una forma di tubercolosi aperta del tipo dell'infiltrato precoce o simili.

Ma la maggiore importanza spetta senza dubbio all'osservazione della curva febbrile. Una pleurite o un lieve versamento bilaterale che si accompagnino ad alta febbre ed a sintomi generali più o meno imponenti debbono far sospettare ben altra lesione che non una pleurite insorta in modo subdolo e con modica temperatura. Nel primo caso l'indagine va rivolta a confermare o ad escludere una tubercolosi miliarica acuta, mentre elevazioni ter-

miche meno alte lasciano sperare che si tratti di forme più benigne. Una febbricola accompagnata da sintomi tossiemici, da tumore di milza, che segua come lungo strascico ad una pleurite essudativa, deve richiamare l'attenzione sulla possibile esistenza di una forma miliarica cronica.

RIASSUNTO.

L'A. richiama l'attenzione sul fatto che la pleurite è quasi sempre secondaria a lesioni già esistenti nel polmone. Quindi il medico, oltre a preoccuparsi della sua cura, deve provvedere alla perfetta individualizzazione di queste. A seconda della loro forma infatti e del periodo allergico cui appartengono va valutata sia l'influenza che la pleurite eserciterà sull'ulteriore decorso della malattia, sia la prognosi e la terapia della stessa pleurite.

BIBLIOGRAFIA.

BARD. Com. Ren. Soc. Biol., Paris, 1902.
BARD. *Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire*. Génève, 1901.
BARTOLOTTI. *Sui rapporti tra pleurite e tubercolosi polmonare*. Rivista di patol. e clin. della tub., anno IV, fasc. II.
BURNAUD e SAYÉ. *Granulies froides e granulies chroniques*. Annales de Médecine, tome XV, n. 5.
CORBINI. *Sul significato clinico della pleurite e suoi rapporti con la tubercolosi polmonare*. Riv. di patol. e clin. della tub., anno VI, fasc. VII.
GAMNA. *Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tub. polm.* Roma, Pozzi, 1931.
JOUSSET. Clinique, 3 maggio 1907.
D'AMATO. *Malattie della pleura, del mediastino e del diaframma*, in CECONI. Medicina Interna, Torino, 1932.
DE BONIS. *Le pleuriti tubercolari*, in *La fisiologia nella pratica medica*. Wassermann, Milano, 1933.
LETULLE. *La tuberculose pleuro-pulmonaire*. Revue de la Tuberculose, tome VIII, 1927.
MAZZEO. Pediatria, 1924.
NEUMANN. *La clinica della tubercolosi nell'adulto*. U.T.E.T., 1932.
MORETTI. *Influenza delle concomitanti o precedenti pleuriti sulla evoluzione della tub. polmon.* Rif. Medica, 1931, n. 12.
MANCINI. *La tubercolosi dei polmoni e delle pleure*. Livorno, 1931.
OMODEI ZORINI. *Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tub. polmonare*. Roma, Pozzi, 1931.
HÜBSCHMANN. *Pleura. Pathologische Anatomie der Tuberkulose*. Berlin, 1928.
QUEIROLO G. B. *Le pleuriti tubercolari*. In *Trattato della tubercolosi* DEVOTO, vol. III, Milano, 1931.
SOGLIA. *Le forme cliniche della tub. polm. in rapporto alle pregresse localizzazioni pleuriche*. Riv. di pat. e clin. della tub., anno IV, fasc. I.
TENDELOO. *Pathologie der Tuberkulose*. Blumenfeld, 1925.
SOWKIENIKOFF W. *Topographische Anatomie der bronchialen und trachealen Lymphdrüsen*. Med. Diss., Berlin, 1903; Berlin. Klin. Wochenschrift, 1903.

PROFILI.

DOMENICO TADDEI

Il Maestro, che l'Ateneo Fiorentino ha chiamato con voto unanime a succedere al compianto prof. Burci nella cattedra di Clinica chirurgica e Medicina Operatoria è nato il 5 marzo 1875 a Ferrara, dove studiò per tre anni in quella Libera Università, per poi passare alla R. Università di Padova. Quivi si laureò a pieni voti assoluti e lode il 16 luglio 1899. Fu allievo interno nei Laboratori di Patologia Generale di Ferrara (prof. Tambusti) e di Padova (prof. Salvioli), dove compì le sue ricerche istologiche sulla ghiandola di Harder, che gli furono argomento della tesi di laurea. Fu poi assistente volontario nell'Istituto di Anatomia di Padova.

Il 15 febbraio 1900 fu scelto dal prof. Enrico Burci come Aiuto alla Cattedra di Patologia Chirurgica Speciale a Padova e seguì quindi il Maestro a Firenze nel 1903. Negli anni 1903-1905 fu assistente nella Clinica Pediatrica Chirurgica del R. Istituto di Studi superiori di Firenze e quindi negli anni 1905-1907 nella Clinica Chirurgica generale di Firenze, dove fu aiuto negli anni 1907-1913.

Nel 1905 fu a Parigi presso il famoso urologo prof. Albarran. Nel 1905 conseguì la Libera docenza in Patologia speciale chirurgica, nel 1909 quella in Clinica e Patologia delle vie urinarie. Esercitò la libera docenza a Firenze dal 1905 al 1912 dettando corsi di Patologia, di Diagnostica e di Clinica Chirurgica urologica. Negli anni 1907-1909, in seguito

alla morte del prof. Nello Biagi, fu incaricato dell'insegnamento ufficiale di Patologia Speciale Chirurgica a Firenze. Dal 1908 al 1913 fu incaricato ufficiale dell'insegnamento della Medicina Operatoria, in seguito a ritiro del prof. Giovanni del Greco. Nel novembre del 1913 andò a Perugia ad impartire in quella Libera Università, in seguito al ritiro del prof. Erasmo De Paoli, gli insegnamenti ufficiali della Patologia Chirurgica, della Medicina Operatoria, della Clinica Chirurgica e a dirigervi quella Clinica, che fece rifiorire.

Intanto vinse anche il concorso di Patologia Chirurgica alla R. Università di Cagliari, dove vi impartì l'insegnamento nell'anno 1914-1915 e fondò l'Istituto e la Clinica di Patologia Chirurgica. Nel 1915, in seguito al ritiro del prof. Salomoni, fu chiamato alla Direzione dell'Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Siena, dove rimase fino al primo gennaio 1921, epoca nella quale assunse la direzione della Clinica Chirurgica e dell'Istituto di Medicina Operatoria nella R. Università di Pisa, chiamatovi per voto unanime da quella Facoltà, in seguito alla morte del prof. Antonio Ceci. È professore ordinario dal 1° luglio 1917.

Prestò servizio durante la guerra europea prima come volontario, poi come Ufficiale di Complemento fino al 22 ottobre 1917 come Maggiore e quindi fino al 22 settembre 1919 come Tenente Colonnello Medico. Riuscì vincitore in numerosi concorsi per chirurgo primario di Ospedale. È socio corrispondente dell'Accademia Medico-Chirurgica di Ferrara Medico-Fisica Fiorentina, di Pistoia, di Perugia, dei Fisiocritici di Siena, di Scienze mediche e naturali di Cagliari, di Bologna, ecc.; socio effettivo della Società Toscana di scienze naturali, della Società Radio-Neuro-Chirurgica Italiana; membro onorario distinto della « Interstate Post-Graduate Medical Association of North America », della Società Italiana di Chirurgia, di cui fu anche Vicepresidente, della Società Italiana di Ortopedia; socio fondatore della Società Italiana di Urologia, della Società di Storia critica delle Scienze mediche e naturali di Firenze; membro delle Società Internazionale di Chirurgia, Francese di Urologia, Internazionale di Urologia, Internazionale contro la Tubercolosi, socio corrispondente nazionale della Società Piemontese di Chirurgia, socio corrispondente della « Société nationale de Chirurgie de Paris ».

È stato membro del Consiglio nazionale delle ricerche. È consulente delle Ferrovie di Stato, della M. V. S. N. (90ª Legione), della O. N. B. È commendatore della C. d'I.

La sua attività scientifica è rappresentata da più di 200 lavori personali ed oltre 250 sono i lavori degli allievi, alcuni dei quali illustrano tecniche nuove e concezioni patologiche originali di lui.

Una parte considerevole delle ricerche del prof. Taddei riguarda l'apparecchio urinario, sul quale ha portato contributi pregevolissimi: ricordo appena i lavori sull'anastomosi dell'uretere, sulle nefropieliti, sulle nefriti croniche dolorose unilaterali, sulla palpazione dell'uretere allo stretto superiore del bacino, sulla cura dell'estrofia vescicale, sulla estirpazione totale della mucosa della vescica, sulla legatura dei vasi emulgenti, sulle modificazioni istologiche dell'uretere dopo la nefrectomia, ecc. In realtà i suoi studi investono i campi più varî della chirurgia: per quanto riguarda la chirurgia ossea vanno menzionati i lavori su « La resezione modellante dell'astragalo in alcuni casi di grave varismo del piede », sull'uso del quadrilatero gessato nelle fratture cervicali dell'omero, sulla cura delle fratture diafisarie sottocutanee della rotula. Notevoli le memorie sull'exeresi nella cura dell'antrace, sull'anestesia eterea nelle operazioni di breve durata (anestesia per blocco psichico), sulla cura dell'unghia incarnita, sull'uso della carta pergamena in chirurgia, su di un metodo per accelerare l'epitelizzazione delle piaghe, ecc.

Nell'ambito della chirurgia toraco-addominale il Nostro ha portato un prezioso contributo coi suoi lavori sulla cura dell'empiema, l'ascesso freddo sottocostale di origine peripleurica, sulle stenosi esofagee, sui rapporti tra gran trocantere e bacino, sulla membrana di Jackson, sulla simpaticosi addominale, ecc. Apprezzati scritti riguardano particolari di tecnica (trattamento delle aderenze dell'omento al peritoneo parietale; eversione del fondo dei sacchi erniari; ricerche dei corpi estranei o calcoli difficili da ritrovare; marsupializzazione declive di alcune cisti da echinococco, ecc., ecc.).

Una serie di monografie e di volumi incornicia degnamente la gran massa di lavori isolati. Un posto d'onore merita il magnifico Trattato di Semeiologia e Diagnostica Chirurgica in dodici volumi (uscito da qualche anno nella 2ª edizione edita della U. T. E. T.), opera fondamentale che il Taddei ha pubblicato con la collaborazione di eminenti Maestri italiani; vanno citati inoltre i due volumi di Note e Lezioni di Chirurgia pratica e la monografia sui tumori del rene (« Folia Urologica », 1908). Devesi infine ricordare che il prof. Taddei dirige dal 1933 « La Clinica Chirurgica » e dal 1931 col prof. G. Zagari di Napoli la « Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia ».

Maestro impareggiabile può vantare una Scuola fiorentissima e fedele: valga a testificare l'affetto degli allievi la manifestazione di rimpianto che nei giorni scorsi ha avuto luogo a Pisa da parte della studentesca. Clinico nel senso più completo della parola, i suoi insegnamenti ed i suoi metodi sono apprezzati nel loro altissimo valore da quanti hanno la grande ventura di essergli vicini. Operatore preciso, elegante, instancabile in poco

più di dodici anni ha potuto eseguire e far eseguire circa 12.000 operazioni nella Clinica Chirurgica Pisana, già illustre del nome di Antonio Ceci, portandola al radioso livello attuale.

L'Università di Firenze chiamando Domenico Taddei alla Cattedra di Clinica Chirurgica, ha voluto continuare una simpatica tradizione delle nostre Scuola mediche: quella di far succedere al maestro l'allievo prediletto. Mai come in questo caso la scelta si è rivelata più degna ed opportuna, poichè la gloriosa Facoltà Medica Fiorentina avrà in Taddei un Maestro che le farà onore.

F. BUONOMO LA ROSSA.

TRIBUNA LIBERA

Sul valore degli emoinnesti.

Spett. Redazione del « Policlinico »

(Sez. Pratica).

In seguito all'articolo pubblicato dal prof. Benedetto Schiassi nel n. 51 del *Policlinico*, Sezione Pratica, 1933, sotto il titolo « Rivendicazioni » — Sul valore degli emoinnesti — prego la Redazione del Giornale di pubblicare quanto segue:

Il prof. Schiassi ha voluto trovare argomenti di *Rivendicazioni* in un riassunto di alcune mie ricerche pubblicato sul n. 44 di *Riforma Medica*, 1933, come Nota Preventiva, sotto il titolo « Azione opoterapica del sangue trasfuso ». Detto riassunto rappresenta il testo di una comunicazione (in parte amputato dalla Redazione del Giornale per esigenze tipografiche) che ho fatto in occasione del II Congresso Nazionale dell'Associazione dei Volontari del Sangue, avvenuto a Milano il 22 ottobre 1933.

Non posso nascondere anzitutto la notevole sorpresa che mi ha recato l'accusa rivoltami dal prof. Schiassi di aver tralasciato in un *riassunto* le dovute citazioni bibliografiche, che abitualmente figurano solo nei lavori originali completi. Dette citazioni esistono infatti nel mio lavoro completo che uscirà tra breve su *Minerva Medica*.

Siccome il prof. Schiassi insiste alquanto nelle sue accuse, sento il dovere, anche per la Scuola alla quale ho l'onore di appartenere, di aggiungere qualche dato per chiarire la situazione.

In fatto di relativa priorità di concezione sull'*azione opoterapica del sangue*, mi sembra che non sia il caso di parlare: in primo luogo perchè io non ho mai pensato di arrogarmene, giudicandola un'idea corrente e scrivendo che l'azione opoterapica del sangue era stata già concepita dagli antichi alla nascita della trasfusione, ed in secondo luogo perchè lo stesso prof. Schiassi conviene che si tratta di idee secolari.

Io ho voluto richiamare l'attenzione sul fatto che la trasfusione di sangue non viene *in genere* usata per scopi opoterapici, mentre nelle mie ricerche ho controllato che in alcune alterazioni delle ghiandole a secrezione interna si possono raggiungere tali scopi con la trasfusione di sangue.

Il prof. Schiassi mi rimbecca che il dott. Protti, assai prima di me, li ha ottenuti con l'iniezione intramuscolare di sangue, con l'emo-innesto; io non dubito di questo fatto, ma ripeto che ho parlato della *trasfusione di sangue* che rappresenta il mio campo di esperienza. Mi sembra d'altra parte che sarebbe arduo il voler affermare una identità di azione biologica ed opoterapica tra iniezione endomuscolare di sangue e trasfusione di sangue puro. Il Protti, infatti, da quanto riferisce il prof. Schiassi, pensa con le iniezioni endomuscolari di sangue di *stimolare tutte le ghiandole a secrezione interna in modo dolce ed uniforme;* mentre *il mio intendimento è quello di apportare, con una trasfusione* di 200 cc. di sangue puro di un individuo sano, in un individuo ammalato di disfunzione di un qualche organo a secrezione interna, *una certa quantità dell'ormone mancante o alterato onde ottenere, nel modo più fisiologico e rapido possibile un miglioramento* tale da permettere, per esempio nel caso del diabete, un intervento chirurgico.

A proposito appunto del diabete il prof. Schiassi mi fa notare che Protti ha scritto nel 1931 quanto segue: *queste nozioni incoraggerebbero a tentare su larga scala l'innocuo emo-innesto anche nel diabete pancreatico nel quale secondo mie osservazioni da poco iniziate, sembra che l'emo-innesto abbia notevole e durevole efficacia, a differenza della fugace azione insulinica.* Io posso dire che nel gennaio 1933 ho portato alla Società Italiana di Biologia Sperimentale *i risultati concreti ottenuti con la trasfusione di sangue nei diabetici.* Studiando infatti in collaborazione col dott. Bertini la curva glicemica di individui normali e di diabetici, abbiamo visto che in seguito ad una trasfusione di 200 cc. di sangue, mentre non si modificava quasi il tasso glicemico degli individui normali, si verificava invece una rapida caduta della iperglicemia dei diabetici senza che questi ne risentissero disturbo alcuno. Abbiamo in quell'occa-

sione anche procurato di dosare in unità di insulina l'effetto ipoglicemizzante di una trasfusione di 200 cc. di sangue. (*Boll. della Soc. di Biol. Sperim.*, vol. VIII, fasc. I, 1933).

Anche a proposito dell'impiego della trasfusione di sangue nella preparazione dei basedowiani all'intervento, al quale ho accennato scrivendo non più di quattro o cinque righe, sempre della breve nota così violentemente aggredita, il prof. Schiassi mi fa notare un lavoro di Torresi, del 1932 « morbo di Basedow trattato con emo-innesto alla Protti »; *Acc. Med. Picena e Radiobiologica*, 1932). Ora è appunto nel 1932 che, in occasione del Convegno dei Chirurghi del Nord Italia (*Boll. e Mem. della Soc. Piem. di Chir.*, vol. II, n. 11-12, Torino, 28-29-30 maggio 1932) avevo proposto l'impiego di una trasfusione di 200 cc. come trattamento preoperatorio dei basedowiani. La nozione dell'uso dei preparati antitiroidei di latte e siero di animali stiroidati, mi aveva suggerito di praticare in alcuni basedowiani, trasfusioni di sangue di ipotiroidei, studiandone l'effetto sui sintomi soggettivi ed oggettivi e sopratutto sul metabolismo basale. Avendo poi fatto un paragone sugli stessi basedowiani degli effetti ottenuti con una trasfusione di sangue di individuo normale, ero venuto alla conclusione che tanto valeva servirsi del sangue normale. Lo studio più dettagliato è stato pubblicato lo stesso anno su *Minerva Medica*, 25-8-1932.

A questo proposito potrei anche aggiungere che se l'impiego della trasfusione di sangue come trattamento preoperatorio dei basedowiani può forse considerarsi una novità, l'uso del sangue di uomo e di animale, per via orale e intramuscolare nella cura del Basedow è molto antico. Il prof. Schiassi ricorda certamente che Blum nel 1906 aveva già fisiologicamente dimostrata l'azione antitiroidea del sangue normale e che lo stesso Autore fece più tardi una preparazione farmaceutica di sangue per la cura del Basedow; ed è stato Blum che ha parlato di catechina come io ho fedelmente riferito. Le iniezioni di sangue sono state usate anche nella scuola di Bier, ecc.

A proposito dell'impiego della trasfusione di sangue di gravide nella cura delle ipomenorree, ho scritto, sempre nella nota riassuntiva, di un altro Autore che aveva fatto un tentativo analogo. Gli studi di Maurizio sono ampiamente citati nel lavoro.

In complesso vorrei riaffermare al prof. Schiassi che la mia iniziativa nel campo della trasfusione è stata quella di cercare conferme dell'esistenza di alcuni ormoni nel sangue venoso e di dare consistenza alle impressioni e concezioni opoterapiche, valendomi dei mezzi più esatti ed oggettivi, quali sono lo studio delle curve glicemiche e del metabolismo basale.

Credo che il prof. Schiassi voglia ritenermi pienamente giustificato.

Torino, 26 dicembre 1933 - XII.

Prof. LUIGI BIANCALANA.

***

Il prof. Biancalana si duole che la sua nota abbia promosso i miei rilievi. Osservo che una « *nota preventiva* » senza citazioni di Autori che abbiano già manifestato idee in conformità, suscita per lo più in chi legge la impressione che chi scrive abbia inteso di mettere innanzi concezioni originali. Un'altra volta quando il prof. Biancalana voglia pubblicare suoi lavori, magari col titolo « nota preventiva », metta eventualmente qualche nome ed allora vedrà che non vi sarà alcuno che trovi da ridire.

BENEDETTO SCHIASSI, Bologna.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'attacco ipertensivo cerebrale.

(D. MC ALPINE. *The Quarterly Journ. of Medecine*, ottobre 1933).

Nei fenomeni pseudouremici cerebrali, secondo Volhard, non è necessario che ci siano modificazioni dell'azotemia, però, tanto nella pseudouremia cronica quanto in quella acuta si ha come fattore determinante ipertensione arteriosa e come patogenesi dei disturbi cerebrali uno spasmo dei vasi cerebrali. Gli spasmi vascolari locali nelle forme croniche sono facilitati dalla sclerosi vascolare.

Secondo Blackfan i sintomi pseudouremici cerebrali (cefalea, vomito, disturbi visivi, coma, convulsioni) si hanno con aumento della pressione del sangue e del liquor indipendentemente dal tasso azotemico e scompaiono coll'iniezione endovenosa di solfato di magnesia. Oppenheimer e Fischberg dànno a questi disturbi il nome di encefalopatia ipertensiva.

Da molti è stato negato che i vasi cerebrali possano essere alle dipendenze di un controllo nervoso vasomotorio finchè le ricerche di Forbes e Wolff dimostrarono sperimentalmente esatta questa possibilità. Essi videro nel gatto contrazione delle arterie piali stimolando il simpatico cervicale senza modificazione della pressione sanguigna, dilatazione delle stesse arterie piali per stimolazione del vago con cadu-

ta della pressione arteriosa, e costrizione delle stesse arterie senza aumento della pressione generale lavando la pia con soluzione di epinefrina. Inoltre: le soluzioni ipertoniche dànno per via endovenosa costrizione dei vasi della pia, dilatazione invece si ha nell'anossiemia, nell'acidosi, nell'inalazione di nitrito di amile.

I lavori di Stohr. Hassin e Penfield hanno dimostrato l'esistenza di terminazioni nervose in tutti i vasi della pia e del plesso coroideo e l'innervazione è simpatica e parasimpatica.

Mc Alpine propone di dare il nome di attacco ipertensivo cerebrale ai disturbi della pseudouremia acuta di Volhard (encefalopatia ipertensiva di Oppenheimer e Fischberg).

I segni sono: la cefalea (che insorge improvvisamente, e può essere frontale o occipitale), vomito, sonnolenza (che può giungere al coma), raramente epilessia generalizzata o jacksoniano, retinite ipertensiva, emorragie retiniche, edema della papilla. L'inizio è sempre rappresentato dall'ipertensione arteriosa ed è sempre accompagnato da ipertensione del liquor. C'è albuminuria con cilindruria, non iperazotemia. Questo è il quadro delle forme con edema cerebrale, che si osservano al di sotto dei 40 anni d'età. Di questo tipo l'A. descrive tre casi da lui osservati.

Altri 4 casi egli cita, ma del tipo non accompagnato da segni di edema cerebrale: età oltre i 40 anni, inizio con convulsioni, che possono essere state precedute da cefalea, afasia, debolezza di un arto, o anche emiplegia. Anche qui ipertensione arteriosa, non iperazotemia. Il ritorno della coscienza si ha colla caduta della pressione arteriosa.

Sintomi cerebrali angiospastici minori consistono in paresi, afasia, parestesia, amaurosi, tutte temporanee.

L'ipertensione da sola non basta a spiegare questi spasmi cerebrali e i sintomi consecutivi, perchè non tutti gli ipertesi li presentano; fattori predisponenti sono le alterazioni precedenti dei vasi cerebrali e anche le modificazioni biochimiche del sangue (questo sopratutto nell'uremia vera).

La prognosi varia secondo l'età e le condizioni generali del paziente e lo stato di funzionalità renale.

La cura consiste nel salasso, nelle iniezioni endovenose di soluzione salina ipertonica, nella puntura lombare. L'inalazione di nitrito di amile può far terminare un attacco convulsivo.

Passato l'attacco pseudouremico si devono dare vasodilatatori associati ad ipnotici (p. e. luminal). R. LUSENA.

La ipertensione cranica traumatica e la sua cura con particolare riguardo alla osmoterapia.

(BUCHKA A. *Zr. Beitr.*, 158, 1933).

Si intende per ipertensione cranica la manifestazione clinica di una sproporzione tra capacità e contenuto cranico.

Diverse teorie hanno cercato di dare la spiegazione della ipertensione endocranica: processo primario di restringimento delle cavità, compressione meccanica diretta sulla sostanza cerebrale, disturbi di circolo. Questa teoria ha retto il campo fino agli ultimi tempi. Un aumento locale di pressione (ematoma, tumore ecc.) determina una compressione venosa prima, arteriosa poi, cui segue un'anemia cerebrale, che rappresentando uno stimolo per il centro vasomotorio, determina un aumento della pressione arteriosa tale da vincere l'ipertensione cranica (Cushing).

Il valore del fattore circolatorio è stato però sopravalutato: possono difatti esistere fenomeni da ipertensione cranica senza aumento di pressione del sangue e d'altra parte nella ipertensione cranica cronica non si trova aumento di pressione sanguigna.

Le teorie puramente meccaniche non danno quindi sufficiente spiegazione.

Secondo concetti moderni (Schück, Reichardt) il cervello possiede delle proprietà biologiche per le quali reagisce ad una malattia o ad uno stimolo (trauma) nel senso di un aumento del volume della sostanza cerebrale o di un aumento del liquor.

Reichardt ha potuto misurare da una parte la capacità cranica, dall'altra il suo contenuto (cervello, liquor, sangue) trovando che nell'ipertensione c'è sempre una sproporzione tra le due, anche quando sia detratto il tumore o l'idrocefalo.

Nella ipertensione traumatica prevarrebbe sempre l'aumento di volume della sostanza cerebrale di fronte a quello del liquor.

La ipertensione nei traumatizzati del cranio non si stabilisce subito. La natura della *commotio cerebri* non è da riportarsi all'ipertensione: si tratta probabilmente di uno scuotimento molecolare della sostanza cerebrale, o (Schück) di una compressione acuta dei nervi della base. Si ha a che fare con l'ipertensione nei disturbi che compaiono secondariamente con o senza emorragia, dopo un intervallo libero o no, come espressione di una reazione biologica allo stimolo traumatico (edema cerebrale, idrocefalo traumatico).

Si possono distinguere in due gruppi i casi di ipertensione traumatica. Nel 1° gruppo la ipertensione è determinata primitivamente da una frattura con avvallamento o da un'emorragia cui secondariamente si aggiunge l'edema cerebrale. Al 2° gruppo vanno ascritti i casi con disturbi postcommozionali determinati esclusivamente dalla tumefazione cerebrale, che compaiono da qualche ora a 1-2 giorni dopo il trauma. Questa distinzione ha importanza per quanto riguarda la terapia.

Nel primo gruppo di casi c'è la netta indicazione per un intervento chirurgico diretto al focolaio di frattura o all'eventuale ematoma. Qui la osmoterapia ha un compito collaterale e non si può sostituire all'azione chirurgica, quantunque alcuni autori l'abbiano adottata

costantemente col risultato di potere in molti casi fare a meno dell'intervento, quando ad es. manchino segni di focolaio.

Ma il campo d'azione dell'osmoterapia, della deidratazione, è nei casi appartenenti al secondo gruppo e in quelli che, pur avendo subito un intervento, conservano disturbi da ipertensione.

Il concetto fondamentale dell'osmoterapia è che immettendo nel circolo soluzioni anisotoniche, il sangue tende a riportare al normale la propria pressione osmotica, cosicchè dopo la immissione di soluzioni ipertoniche prende acqua dai tessuti, e la cede ad essi dopo immissione di soluzioni ipotoniche. Sperimentalmente è stato da più parti dimostrato che le soluzioni ipotoniche determinano edema del cervello e aumento del liquor al contrario delle soluzioni ipertoniche.

La soluzione adottata nella clinica di Schmieden, da cui origina questo lavoro, per la deidratazione nella ipertensione endocranica è una soluzione di glucosio al 50 %. Fu abbandonato il cloruro di sodio per la sua tendenza a fissarsi nei tessuti come corpo dializzabile e quindi a riprodurre, per azione chimico-fisica propria, l'edema cerebrale; e fu abbandonato il solfuro di magnesio per la sua tossicità. Le dosi usate giungono a 300 cmc. di soluzione in 3 volte nelle 24 ore. L'iniezione endovenosa deve essere lenta (10-12 minuti) per evitare trombosi venose. L'iniezione può essere ripetuta più giorni. Non furono mai osservati inconvenienti.

Il momento della deidratazione va stabilito con accortezza, sempre dopo il 1° giorno dal trauma perchè il primo schock si accompagna in genere ad un abbassamento della pressione intracraniale.

L'A. ha trattato con la deidratazione 36 traumatizzati di cui 19 con fratture, 17 con disturbi postcommozionali. Dei 36 malati 17 guarirono completamente, 11 avevano ancora qualche disturbo all'uscita dalla clinica, 6 per cause diverse (epilessia, psicosi, psicopatie) non avevano ottenuto risultati apprezzabili, 2 morirono per la gravità delle lesioni.

L'A. riporta dettagliatamente alcuni casi in cui con la deidratazione furono guariti rapidamente disturbi duranti da più settimane, per ovviare all'osservazione possibile che un gran numero di malati sarebbe guarito ugualmente con le consuete cure. È certo che la rapidità con cui dopo le iniezioni, che determinano in primo tempo un brevissimo periodo di aumento della cefalea, il paziente si solleva, fa pensare che la deidratazione sia misura di grande efficacia.

L'A. ha impiegato con successo il metodo anche in un caso di meningismo dopo insolazione. Indicazioni ulteriori trova la deidratazione nel trattamento preoperatorio di tumori e postoperatorio per qualsiasi intervento sul cranio.

P. STEFANINI.

L'emorragia subaracnoidale spontanea.

(O. HESS. *Mediz. Welt*, 4 nov. 1933).

La sindrome dell'emorragia spontanea subaracnoidale, distinta come entità clinica, costituisce un acquisto relativamente recente, da quando cioè la puntura lombare divenne di corrente pratica diagnostica e terapeutica. Venne descritta per la prima volta da Prus (1845) e inquadrata da Froin (1904).

L'A. ne riassume il quadro nosologico in base alla letteratura esistente ed alla casistica propria. L'inizio è brusco per non dire fulmineo; nello stato di perfetto benessere l'individuo è colpito da cefalea e dolori alla nuca; emette delle grida, vomita; è in preda a vertigini, a dolori sacrali che si irradiano agli arti; spesso sopraggiunge perdita di coscienza a cui segue il delirio (la durata varia a seconda l'entità dell'emorragia e il tempo di riassorbimento di essa). Si presenta il quadro meningitico con il solito corteo ricco di sintomi: bradicardia, rigidità nucale, Kernig, Babinski, alterazioni pupillari (non però rigidità completa), paresi oculomotoria; al fondo dell'occhio si osservano emorragie, raramente papillite con brusca amaurosi; talora ipoacusia, paresi; i riflessi possono essere aboliti o esagerati fino al clono del piede; convulsioni toniche o jacksoniane. All'acme della malattia avvengono spesso alterazioni psichiche che possono oscillare fra delirio e esaurimento, ottusità o irrequietezza, sonnolenza o sindrome di Korsakoff con tendenza allo scherzo, confabulazioni, mancanza di orientamento ecc.

Il brusco esordio può manifestarsi durante il lavoro, a tavola, per la strada — può avverarsi anche nel sonno. La perdita di coscienza può prolungarsi per ore, fino a 10 giorni e culminare in sopore che si tramuta in morte. L'inizio può accompagnarsi di ipertensione, iperglicemia, glicosuria, talora con albuminuria massiva (20-30 ‰), che rapidamente scompare; non vi sono edemi, nè segni di insufficienza cardiaca.

Se l'emorragia non è di grande entità, la guarigione non è infrequente; il miglioramento si nota sin dalla fine della prima settimana e in 3-4 settimane porta alla guarigione; spesso però si verificano delle recidive.

La chiave della diagnosi è fornita dalla puntura lombare: il liquor fuoriesce sotto pressione alta (sino a 800 mm.) che nelle punture successive diminuisce gradualmente. Il liquor è xantocromico, ricco in globuli rossi; la pleocitosi è dovuta all'inizio alla presenza di polinucleati; in secondo tempo si osserva monocitosi e linfocitosi; non si osserva coagulazione; le reazioni colloidali sono per lo più negative o solo lievemente positive; la globulina è assente.

Per quel che riguarda l'etiopatogenesi, l'A. denota il fatto che la sindrome si manifesta in soggetti con sistema vasomotorio labile; di-

fatti nei precedenti dati anamnestici o fra le affezioni in atto figurano spesso l'emicrania, asma, morbo di Basedow, ecc. Fra le cause occasionali-determinanti va segnalata la particolare frequenza del coito.

La diagnosi differenziale con le emorragie di altra origine e i quadri simili (meningite) va fatta in base clinica (inizio brusco, gravità rapidamente decrescente) e sopratutto servendosi dei dati ricavati dall'esame del liquor. La prognosi è molto più favorevole nei giovani, pur comportando la riserva delle possibili recidive. Le paralisi per lo più scompaiono, i disturbi psichici solo in alcuni casi costituiscono lo strascico della malattia. I primi due giorni rappresentano il periodo critico; superati questi v'è maggior sicurezza di esito favorevole. La terapia oltre che dal riposo è rappresentata dalla p. l.; questa va ripetuta ogni 3-5 giorni; la quantità del liquor da estrarre dev'essere tale da far ritornare la pressione alla norma.

Le zone dell'emorragia subaracnoidea non si limitano esclusivamente al cranio. È stata descritta anche l'emorragia subaracnoidea spinale sebbene più rara. In essa l'inizio apoplettico si accompagna a rigidità della colonna vertebrale, a dolore localizzato; la morte è rara. Fra le caratteristiche va annoverato il contrasto fra la gravità del quadro e la lucidità mentale; inoltre è quasi patognomonica la sensazione di un colpo di pugno ricevuto alla colonna che immancabilmente segna l'esordio della sindrome. S. MINZ.

FEGATO E VIE BILIARI.

Le fistole bronco-biliari consecutive alla litiasi.

(RAZEMON, BIZARD e LAMBRET. *Revue de Chirurgie*, n. 7, luglio 1933).

Le fistole broncobiliari sono comunicazioni permanenti tra i canali biliari ed i bronchi, e sono caratterizzate da espettorato di bile, continuo od intermittente. Ma vi sono dei casi nei quali la comunicazione non è rivelata da alcun segno clinico.

Le fistole broncobiliari possono essere dovute: *a*) a sifilide epatica o polmonare; *b*) a tubercolosi polmonare; *c*) ad amebiasi epatica; *d*) ad echinococcosi; *e*) a *litiasi biliare*.

Gli AA. nel presente lavoro si riferiscono soltanto a quelle di origine litiasica. Esse ne hanno raccolto 35 osservazioni nella regione di Lilla. Allo studio di esse si riferiscono i rilievi degli AA.

Queste fistole si osservano nel caso di accidenti litiasici e l'infezione prelude indispensabilmente alla fistola. Ma è l'ostacolo al deflusso della bile che ne determina il reflusso attraverso le vie respiratorie. Perciò la maggior parte delle osservazioni di fistole bronco-biliari sono consecutive a litiasi del coledoco. Infatti avendolo potuto ricercare in 23 osservazioni, 16 volte si trattava di calcolosi del coledoco; negli altri casi vi erano calcoli intraepatici, o nella cistifellea perforata.

All'ostruzione delle vie biliari segue angiocolite e formazione di ascesso intraepatico, ascesso subfrenico, che si vuota nel polmone. In casi di fistole consecutive a litiasi biliare la produzione dell'ascesso subfrenico in seguito a perforazione della cistifellea determina l'apertura nei bronchi.

Le lesioni anatomiche a carico delle vie biliari sono dovute all'ostruzione al deflusso della bile (dilatazione delle vie biliari basse ed alte, angiocoliti ecc.). Nel fegato si formano ascessi, unico o multipli. Si rinvengono aderenze con lo stomaco, duodeno, colon ecc.; fistole coledoco-duodenali, colecisti-gastriche ecc. Fra fegato e diaframma si rinvengono cavità piene di pus, aderenza del diaframma alla pleura; l'orificio diaframmatico della fistola può essere unico, e ve ne possono essere multipli.

La sintomatologia è riferibile a fenomeni angiocolitici acuti con evoluzione ad ascesso sottoepatico od ascesso subfrenico; la comunicazione bronco-biliare si rivela bruscamente con vomica biliare. Nel periodo di stato si ha ittero, e compaiono segni epatici locali. Tra i segni polmonari la vomica biliare predomina. In qualche caso si eliminò il calcolo attraverso le vie respiratorie. L'ascoltazione dimostra i segni di una bronchite banale.

Gli ammalati si presentano come grandi infetti, con temperature variabili. A lungo andare si ha cachessia. Questi ammalati abbandonati a sè stessi vanno per lo più a morte: difatti in tali condizioni vi furono 12 morti su 20 casi.

La diagnosi è facile se si tien conto della vomica biliare; ma per quanto riguarda la natura della lesione primaria occorre tener presenti le fistole consecutive a traumatismo, la tubercolosi, la sifilide polmonare od epatica, l'echinococcosi e l'amebiasi.

Il trattamento è legato a drenare l'ascesso ed a ristabilire il corso della bile.

Gli AA. riferiscono un caso occorso a Lambret. Si trattava di una donna colecistitica, nella quale la perforazione della cistifellea da calcolo aveva determinato un ascesso subfrenico fistolizzatosi nell'ipocondrio destro. Gli AA. attraverso la fistola esterna poterono mettere in evidenza la comunicazione col polmone e coi bronchi a mezzo di lipiodol iniettato nel tramite fistoloso. JURA.

Rottura spontanea nell'addome di una cisti idatidea del fegato.

(F. DEVÈ. *El Dia Médico*, 5 settembre 1932).

L'A. presenta una sua osservazione riferentesi ad un infermo di 23 anni al quale già da due anni era stata fatta diagnosi di cisti ida-

tidea del fegato a localizzazione epigastrica, poco dolorosa alla palpazione, con leggera periepatite. La formula leucocitaria dimostrava 0.9 % di eosinofili, la reazione di deviazione del complemento era negativa. La tumefazione epatica, prima sempre indolora, si fece d'un tratto dolorosa, specie nella respirazione profonda e nella marcia, per cui l'infermo fu costretto a camminare incurvato. Non vomito, non orticaria, non febbre. La tumefazione epatica persisteva. Fu consigliato un intervento urgente, che l'infermo rimandò di qualche giorno, ma una mattina, durante il lavoro, l'infermo avvertì un senso di calore addominale, sudore profuso e un malessere indefinito e contemporaneamente osservò la scomparsa della tumefazione epigastrica.

Ricoverato in ospedale, fu constatata febbre (38°), polso 104, condizioni generali eccellenti; ventre indoloro, depressibile, con segni di ascite libera. Non orticaria. L'eosinofilia rapidamente salì a 2.7 %, la reazione di deviazione del complemento divenne chiaramente positiva.

All'intervento si constatò presenza di abbondante liquido libero nell'addome, siero-citrino, torbido e con abbondante fibrina, contenente scolici. Una parte del liquido fu iniettata subito sottocute ad un coniglio. Il lobulo sinistro del fegato era flaccido e, attraverso un piccolo orificio, fuorusciva del liquido chiaro. Il peritoneo, l'epiploon e le anse intestinali erano congesti.

Commentando la sua osservazione, l'A. attribuisce il dolore che precedette la rottura al fatto che la rottura si sia prodotta in due tempi. Nel primo tempo si era rotto il sacco fibroso pericistico (dolori vaghi che precedettero la rottura), nel secondo la membrana che faceva ernia attraverso la fessura precedente. La prima rottura si deve ad un rapido aumento di volume episodico della cisti, vera *poussée* evolutiva del parassita.

In quanto alla terminologia di questa complicazione della cisti idatidea, l'A. crede che la denominazione più accettabile sia di idatoperitoneo. L'invasione del peritoneo da parte del liquido idatideo provoca una reazione della sierosa con afflusso di sierosità che si mescola con il liquido idatideo. Il liquame che ne risulta è asettico, senza bile, senza vescicole figlie e proviene dalla rottura di una cisti univescicolare.

L'A. dà il nome di idatidoperitoneo alla rottura di una cisti multivescicolare, con conseguente presenza di vescicole figlie nel liquido peritoneale.

Entrambi i processi, una volta installati, hanno un'evoluzione torpida, apparentemente ben tollerata dall'organismo, salvo alcuni incidenti anafilattici iniziali.

In quanto al coleperitoneo idatideo, esso presenta gli stessi caratteri clinici, differenziandosi per la presenza di una quantità apprezzabile di bile nel liquido peritoneale. Anche nel coliperitoneo la sierosa reagisce con l'essudazione di sierosità.

Questa essudazione sierofibrinosa diluisce il liquido idatideo per cui sarebbe più giusto parlare di idatosieroperitoneo.

Se non è trattato chirurgicamente, poco a poco il liquido si riassorbe, dando luogo a formazione di aderenze, ma il pericolo maggiore è costituito dalla contaminazione del peritoneo da parte degli scolici e dalla formazione di una pseudotubercolosi idatidea o di una idatidosi peritoneale evolutiva.

L'episodio anafilattico che segue alla rottura (orticaria, sudori freddi, angustia, ipotensione, ecc.) dimostra la sensibilità del soggetto all'antigene idatideo.

Nel caso osservato dall'A. il liquido peritoneale, batteriologicamente puro, fu inoculato per via sottocutanea al coniglio; dopo due mesi la inoculazione era positiva, toccandosi al livello della iniezione un piccolo nodulo. Dopo quattro mesi e mezzo la biopsia dimostrò quattro microcisti.

Quanto ai provvedimenti curativi da adottare in caso di rottura di una cisti nel peritoneo, data la inefficacia dei soccorsi medici, chemioterapici e fisioterapici, si impone l'intervento precoce, d'urgenza, prima che la fibrina agglutini gli scolici ed i visceri. Una sola riserva è giustificata, conviene cioè aspettare che la fase anafilattica post-rottura sia passata, per non operare l'infermo in fase di minorata resistenza. L'intervento è efficace fino al 5°, 6° giorno dopo la rottura.

L'intervento deve proporsi i seguenti scopi:

1) evacuare la borsa cistica rotta, saccare la membrana germinativa, praticare il lavaggio al formolo e, secondo i casi, suturare o marsupializzare la pericistica;

2) evacuare il liquido peritoneale con una incisione complementare sottombelicale;

3) estirpare o distruggere le vescicole figlie, in caso di cisti multivescicolare, o la vescicola madre nei casi rari in cui rimane integra.

Per lavare il peritoneo l'A. sconsiglia l'impiego di soluzioni formolate perchè, oltre ad essere tossiche, sono capaci di provocare aderenze fra le anse intestinali. Consiglia invece l'impiego dell'etere. C. TOSCANO.

Sulla peritonite biliare.

(FODOR F. *Brun's Beitr.*, Bd. 158, 1933).

Si parla di peritonite biliare quando una via biliare si perfora nella cavità addominale. Ne seguono fenomeni che variano secondo che la bile è sterile o meno.

Ma si può avere una peritonite biliare anche

senza apparente perforazione. Tali forme sono rare e la loro patogenesi non è ancora del tutto nota. Secondo le moderne conoscenze si possono distinguere tre gruppi delle cosidette peritoniti biliari senza perforazione.

1. Al primo gruppo appartengono i casi nei quali avviene una traspirazione funzionale del fegato. Compare sulla sierosa del fegato un essudato a goccioline, che contiene i prodotti del fegato cloro, calcio, emoglobina e glicogeno, dovuto ad una stasi acuta, subacuta o cronica del fegato. Henschen dà al processo il nome di « Ephidrosis hepatis ».

2. Al secondo gruppo appartengono i casi nei quali la bile giunge nel peritoneo senza una visibile perforazione. Si può trattare:

a) di microperforazioni delle vie biliari extraepatiche;

b) di microperforazioni di vie biliari anomale;

c) di perforazioni delle vie biliari intraepatiche decorrenti presso la superficie del fegato;

d) di perforazione di vie biliari fini o grosse, che guariscono prima dell'intervento, la cui sede è rivelata dalla infiltrazione biliare del tessuto intorno alla perforazione guarita;

e) di alterazione della permeabilità delle pareti delle vie biliari. È stata osservata una trasudazione della cistifellea con formazione di un essudato in forma di perle sulla sua superficie sierosa. Questa sudorazione biliare può avvenire per necrosi grassa di una via biliare dopo pancreatite o in seguito a penetrazione di succo pancreatico nelle vie biliari, cui segue una alterazione triptica delle pareti vescicolari. Il fermento pancreatico agirebbe solo se attivato e quando la parete vescicolare già sia danneggiata da batteri. In un primo tempo passerebbe solo la bile, poi la parete diverrebbe permeabile anche a batteri.

3. Al terzo gruppo appartengono le asciti biliari nelle quali il liquido ascitico può venire colorato di bile o per passaggio di bile attraverso fessure di vie biliari intraepatiche o a causa di un ittero concomitante.

La clinica del coleperitoneo e della coletossicosi è legata al potere tossico della bile. Secondo moderne ricerche la composizione della bile, non è costante, ma è in stretto rapporto con una funzione sincolica del fegato che varia secondo la razza e l'individuo e periodicamente nello stesso individuo. Così la tossicità della bile non dipende dalla somma dei singoli componenti, ma dalla sua composizione del momento e dalla presenza di diverse combinazioni chimiche di difesa. Pertanto non si può solo dal contenuto di acidi biliari della bile giudicare sulla sua tossicità. Secondo il modo e la misura di queste combinazioni di difesa può variare il grado della tossicità anche per concentrazioni molecolari uguali.

La tossicità della bile può essere elevata da una quantità di sostanze epatotrope (tossine, sali metallici ecc.) che si legano alla bile come sostanze sincoliche. Si può con Brugsch stabilire a questo proposito un parallelo tra diuresi e coleresi e dire che come varia la tossicità tra urina fisiologica e patologica, così varia la tossicità tra la bile prodotta da una sorgente sana e quella prodotta da una sorgente malata.

Intorno alla tossicità dei vari elementi della bile non si può finora dire nulla di certo per l'urobilina, la biliverdina, la biliprasina, la bilifuscina. La bilirubina sarebbe molto tossica secondo alcuni autori, mentre altri non hanno avuto lesioni con iniezioni endovenose intraepatiche di bilirubina spettroscopicamente pura. La lecitina diminuisce la tossicità della bile; il colesterolo è anche privo di azione tossica. Azione non molto tossica hanno la mucina, la pseudo mucina, l'acido deidrocolico, la glicocolla, la taurina. Al contrario sono molto tossici gli acidi biliari e i loro sali. La bile ha azione tossica sull'apparato respiratorio, sul circolatorio, sull'apparato uropeietico, sul sistema nervoso.

L'A. riporta infine due casi di bileperitoneo. Nel primo si tratta di una perforazione del lobo sinistro del fegato in una donna con callosi del coledoco.

Nel secondo si tratta di una donna di 68 anni nella quale, senza precedenti, si stabilì una sindrome addominale acuta da far pensare ad una appendicite. Fu trovato all'operazione un bileperitoneo; non fu rinvenuta una perforazione nè altra lesione delle vie biliari, ma solo una infiltrazione di bile intorno al collo della cistifellea e a delle aderenze quivi esistenti. La ricerca batteriologica del versamento peritoneale fu negativa. La malata guarì. L'A. pensa che una alterazione non precisabile del tessuto epatico abbia determinato una filtrazione di bile nei pressi della cistifellea.

P. STEFANINI.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Le onde corte in terapia.

(TRANIER. *Marseille-Médical*, 5 giugno 1933).

Le applicazioni mediche delle onde corte formano un nuovo paragrafo da aggiungere all'importante capitolo della terapia con le correnti ad alta frequenza.

In questo studio l'A. lascia deliberatamente in disparte le applicazioni fatte con apparecchi a onde corte di debole e media potenza per occuparsi dell'uso di apparecchi a onde corte di grande potenza.

Una proprietà essenziale di queste onde è la possibilità di ottenere un riscaldamento considerevole dei tessuti senza che questi subiscano il minimo contatto con gli elettrodi di applicazione riducendo notevolmente il perico-

lo di scottature. La ripartizione del riscaldamento dei tessuti con le onde corte è omogenea e viene assicurata una diatermia veramente profonda ed elettiva per certi tessuti, come l'osseo e l'epatico. Le onde corte hanno effetto analgesico e secondo alcuni autori tedeschi anche microbicida « in vitro ».

All'infuori dell'azione termica le onde corte possiedono un insieme di proprietà fisiche e biologiche tutte particolari fino ad ora mal conosciute ma capaci di essere utilizzate in terapia.

Fino ad oggi nessun sperimentatore ha potuto costatare alcuna azione nociva sull'organismo umano.

Le applicazioni di questo nuovo metodo terapeutico possono essere distinte in locali e generali.

Le indicazioni delle applicazioni locali sono le stesse della diatermia: la diatermia addominale, epatica e vescicolare possono beneficiare delle particolari proprietà di queste onde; e così pure le artriti ne sono favorevolmente influenzate. Altre indicazioni importanti sono le arteriti e gangrene; le riniti e le sinusiti, ecc.

I potenti apparecchi generatori di onde corte possono comportare due grandi elettrodi per trattamenti generali. Si può così ottenere una rapida elevazione della temperatura centrale di un malato, producendo una febbre artificiale (41°-41°,5).

Questo metodo terapeutico è chiamato elettropiressia e viene usato nella cura della paralisi progressiva al posto della malarioterapia. Neyman per il primo ha curato 18 casi di paralisi progressiva con le onde corte col 24 % di remissioni totali, 26 % di miglioramenti, 30 % di arresti nell'evoluzione della malattia, e il 20 % di insuccessi. Le statistiche successive sono state del pari incoraggianti. Anche la tabe, la malattia di Parkinson e la poliomielite beneficiano della elettropiressia.

Nelle malattie della nutrizione la febbre artificiale favorisce gli scambi circolatori; nel reumatismo calma i dolori e nella gotta è capace di fondere i tofi. Anche le nevralgie ne beneficiano.

Le onde corte hanno azione ipotensiva vasodilatatrice onde si impiegano favorevolmente negli ipertesi, arteritici ed emiplegici.

Infine nelle emicranie ribelli, nell'eczema generalizzato, nell'asma essenziale la elettropiressia da onde corte sarà usata come « medicazione di choc ».

L'uso dunque delle onde corte ha un campo assai vasto data la efficacia dei risultati, il piccolo numero delle controindicazioni e la innocuità delle applicazioni. Chiamate spesso a rimpiazzare la diatermia ne hanno esteso il dominio e per di più si sono sostituite di colpo a tutte le applicazioni della piretoterapia e dalla malarioterapia. VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

R. ARRIGONI. *I reumatismi cronici*. Vol. in-8°, di pag. 344-LX. Casa Ed. U. Giardini, Pisa, 1933.

L'A. ha diviso il suo volume in due parti: una parte generale ed una parte speciale; nella prima tratta largamente di svariati problemi di indole generale, dando ampio sviluppo allo studio di condizioni predisponenti e determinanti: i capitoli che si riferiscono all'importanza del sistema endocrino e del sistema nervoso centrale sono assai opportunamente sviluppati e inquadrati nei moderni concetti. L'A. si ferma particolarmente a prendere in considerazione nella eziopatogenesi dei reumatismi cronici, fattori infettivi specie dal punto di vista dell'infezione focale modernamente intesa, dando notevole importanza alla compartecipazione di processi di natura allergica. In questo campo l'A. ha condotto anche opportune ricerche sperimentali, riuscendo ad ottenere quadri anatomo-patologici assai vicini a quelli dell'artrite cronica infettiva umana. Un capitolo pure assai accurato e al quale l'A. ha portato largo contributo personale è quello che si riferisce all'equilibrio biochimico del sangue dei reumatici cronici. Dopo questa trattazione generale seguono alcuni indirizzi classificativi dei reumatismi cronici a cui l'A. si attiene e indi uno studio clinico di un gran numero di casi di reumatismo inquadrati in altrettanti gruppi fondamentali, di ciascuno dei quali viene data una visione eziopatogenetica, anatomopatologica e clinica.

I casi sono tutti sistematicamente studiati dal punto di vista clinico generale, radiologico, del ricambio biochimico, ecc., sicchè l'opera del giovane autore costituisce realmente un importante contributo allo studio del complesso e tuttora oscuro problema del reumatismo cronico inteso in senso lato: anche altri studiosi potranno largamente attingere nozioni e utilizzare le osservazioni fatte.

Il volume è chiuso da una larghissima rassegna bibliografica assai ben suddivisa ed accurata. C.

A. FISCHER. *Rheumatismus und Grenzgebiete*. Un vol. in-8°, di 223 pag., rilegato. J. Springer, Berlin, 1933. Prezzo RM. 18.

L'importanza clinica e sociale del reumatismo si è venuta affermando in questi ultimi anni, destando un grande interesse in molti campi della medicina. Malattia dai molteplici effetti e dalle cause ancora avvolte nel mistero, essa si presenta degna di attenzione da parte del medico internista, dell'ortopedico, del neurologo, del radiologo, ecc. Appunto per questa varietà di punti di vista da cui può es-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sere considerata, è spesso necessario studiarla in trattati diversi, mancando pertanto la necessaria unità d'indirizzo.

Ottimamente ha fatto quindi l'A., che è il medico capo per le ricerche sul reumatismo nella provincia di Aachen, riunendo in questo volume le nozioni attuali sul problema che c'interessa, di cui considera: l'andamento delle ricerche sull'apparato motore; patologia generale e suddivisione delle malattie articolari; malattie delle articolazioni (reumatismo specifico, reumatoide infettiva, artropatie deformanti, malattie articolari da disturbi del ricambio, nell'emofilia, ecc.); malattia dei tessuti periarticolari; malattie della colonna vertebrale; malattie dei muscoli; neuralgia e neurite; diagnosi generica differenziale; terapia generale, igiene sociale e perizie.

Trattato che dà una chiara e sintetica visione del problema. *fil.*

G. BILANCIONI (con la collaborazione di E. BORGHESAN, D. DI VESTEA, R. MOTTA, S. TRAINA e G. ZANNI). *Studi sulla tubercolosi faringea e laringea.* Collana del « Valsalva ». Ed. L. Pozzi, Roma 1933, L. 50.

Della brillante collana del « Valsalva » diretta da G. Bilancioni la 13ª monografia è dovuta alla penna dello stesso Bilancioni coadiuvato dai suoi valorosi allievi.

Il Clinico oto-rino-laringoiatra di Roma si è fatto da vari lustri a mezzo dei lavori suoi e della scuola assertore instancabile ed efficace della portata dottrinale e pratica della tubercolosi del tratto laringo-faringeo. In modo speciale egli ha cercato di approfondire lo studio dei rapporti di questa localizzazione con la patogenesi della tubercolosi dell'apparato respiratorio. Tali rapporti ed interdipendenze, svariati e complessi come sono, acquistano nel momento attuale di fervore di lotta contro il flagello tubercolare un sapore e portata del tutto particolari e la loro conoscenza si è resa indispensabile per tutti i cultori della materia.

La bella raccolta di lavori sperimentali e clinici di questa monografia affronta ed illustra l'argomento da tutti i punti di vista.

Dobbiamo essere grati al prof. Bilancioni ed alla sua scuola del contributo altrettanto notevole quanto interessante sviluppato con indiscussa competenza in superficie non meno che in profondità. MAURIZIO ASCOLI.

H. ULRICI. *Diagnostik und Therapie der Lungen- und Kehlkopftuberkulose.* II ediz. Un vol. in-8° di 389 pagg., con 369 fig. J. Springer ed. Berlino, 1933.

I libri sulla tubercolosi abbondano, dai piccoli volumetti alle opere di gran mole, sicchè non è facile la scelta. Vivamente consigliabile, specialmente per il medico pratico è questo volume di Ulrici, Direttore del Sanatorio della città di Berlino a Sommerfeld. Di ampiezza relativamente limitata, tratta le varie questioni ed i problemi oggi più discussi con chiarezza notevole ed è preciso e pratico nell'esposizione dei metodi di ricerca e di diagnosi, tenendo conto essenzialmente di quelli che hanno ormai avuto la sanzione della pratica.

Allo studio della patogenesi e dell'anatomia patologica, fa seguire un bel capitolo sulla tubercolosi endotoracica dell'infanzia; vengono poi considerati l'anamnesi e sintomatologia, l'esame fisico, la diagnosi specifica, radiologica (bene sviluppata) e di laboratorio. Allo studio clinico è aggiunto un interessante capitolo sulla diagnosi differenziale.

Relativamente breve è l'esposizione del trattamento generale e sintomatico, mentre l'A. si diffonde specialmente sulle varie forme di collassoterapia e particolarmente sul pneumotorace. Da ultimo, le complicazioni, specialmente quella laringea ed intestinale ed un breve studio sui rapporti della tubercolosi con l'ambiente. *fil.*

G. VILLANOVA. *I sali d'oro nella cura della tubercolosi.* Un vol. in-8° di 153 pag. Soc. an. tip. ital., Ferrara, 1933. Prezzo L. 20.

La questione dell'efficacia dei sali d'oro nella tubercolosi è tuttora oggetto di vivaci discussioni fra i sostenitori ad oltranza ed i detrattori. L'A. espone qui lo stato della questione, studiando le proprietà farmacologiche dei sali d'oro, gli effetti accessori ed il loro uso nelle varie manifestazioni tubercolari. Conclude riconoscendo anzitutto innegabile il valore terapeutico dei sali d'oro, che sono indicati nelle forme recenti ed iniziali, utili in quelle evolutive e più sicuramente efficaci nelle tuberculidi, nella tubercolosi laringea, nella linfoadenite tubercolare ed in certe forme di tubercolosi oculare. Essi rappresentano oggi — dopo il pneumotorace — il più efficace sussidio terapeutico della tubercolosi e, per dirla con l'A., sono una speranza che lentamente, faticosamente, va traducendosi in realtà. *fil.*

M. DÉROT. *Le traitement de l'asthme bronchique.* Un vol. in-8° di 45 pag. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1933. Prezzo 6 fr.

Nel breve volume, l'A. espone dapprima la clinica e la patogenesi dell'asma, di cui la crisi costituisce la manifestazione respiratoria parossistica di una distonia neurovegetativa con scarica di ipervagotonia, in cui può avere importanza l'azione specifica di una proteina animale o vegetale.

Tratta in seguito abbastanza diffusamente la terapia dell'accesso e dell'attacco, nonchè dei tentativi di modificare la diatesi, accennando alla cura radicale. La terapia, che in qualche caso può presentarsi abbastanza semplice, in altri è invece assai difficile e vi si arriva soltanto dopo lunghi tentativi. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 21 dicembre 1933.

Presidente: Prof. PIO BASTAI.

Epispadia ed enuresi ureterica nella donna; terapia chirurgica.

Prof. SILVANO MENGHETTI. — L'O. riferisce la storia di due bambine che dalla nascita soffrivano, l'una di incontinenza vera per epispadia retrosinfisaria, l'altra di incontinenza falsa per enuresi ureterica; in questa ultima, non essendo possibile la diagnosi dell'anomalia reno-ureterale se non per mezzo della pielografia discendente coll'Uroselectan B, l'O. ricorda la particolare attenzione che richiede la lettura del pielogramma specie nei casi di sdoppiamento bilaterale degli ureteri con sbocco ectopico.

La terapia chirurgica ha portato alla guarigione nei due casi: nell'enuresi ureterica l'O. praticò la nefrectomia non essendo per molte ragioni possibile la resezione renale.

Quanto all'epispadia dopo aver accennato ai vari metodi di cura dell'incontinenza, nella donna, l'O. riferisce come col metodo ideato dal Giordano di plastica con lembi di muscolo gracile e applicato ora dall'O. nell'epispadia femminile, siasi ottenuta perfetta continenza vescicale, controllata a distanza di quasi tre anni dall'intervento operatorio.

Tre casi in Italia di tromboflebite migrante.

Prof. A. LUNEDEI. — Esposti i dati della letteratura sull'argomento, dai quali risulta come questo stato morboso sia stato successivamente descritto da varii AA. in diverse Nazioni varie volte negli ultimi 60 anni, sotto diversi nomi, e ricordato come esso sia ignorato in Italia, espone tre casi di tromboflebite migrante. Due di questi con localizzazione cerebrale e uno dei quali con reperto autopsico. Il terzo caso con iniziale localizzazione alle vene gastriche, che dette luogo ad imponente ematemesi ed enterorragia.

Il fatto di aver osservato tre casi fra il materiale della Clinica Medica degli ultimi 4 anni fa pensare che la forma sia forse più frequente di quello che non faccia supporre lo scarsissimo numero dei casi descritti nella letteratura. L'O. propende per l'adozione del nome di « setticemia subacuta tromboflebitica ».

Tentativo di riproduzione sperimentale nell'uomo della sindrome epifrenica e dell'angina pectoris di origine gastrica.

Prof. A. LUNEDEI e Dott. A. GIANNONI. — Gli OO. fanno rilevare il grande interesse suscitato dai recenti lavori di v. Bergmann e della sua scuola sulla sintomatologia delle ernie dell'hiatus e sul meccanismo di produzione dell'angina pectoris di tale origine.

Esposti i risultati in proposito delle ricerche sperimentali sugli animali, riferiscono i dati di loro ricerche sperimentali sull'uomo durante le quali hanno provocato la distensione meccanica dell'hiatus esofageo. Sulla base dei risultati ottenuti traggono la conclusione che talvolta la sintomatologia di tipo anginoide è da attribuirsi a fenomeni di sommazione centrale degli stimoli (vera pseudo-angina pectoris). Se talvolta invece si ottengono fenomeni da riportarsi ad angina pectoris vera, si tratta di individui con affezioni precedenti cardiache, coronariche o aortiche. I riflessi scatenati dalla stimolazione devono essere considerati in questi casi come semplici concause.

Per il premio Galligo è stato presentato un lavoro col motto « *Nisi caste sed caute* ».

I Segretari: L. PICCHI - L. NICCOLINI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta dell'11 dicembre 1933.

Presidenza del prof. P. GAIFAMI.

Il prof. CARLO RIGHETTI commemora il suo Maestro prof. Enrico Burci.

Un altro caso di stenosi intestinale consecutiva ad ernia strozzata.

Prof. V. BONOMO. — L'O. comunica il 2° caso operato in sei anni di stenosi intestinale secondaria ad ernia strozzata, 2 mesi dopo una chelotomia per ernia crurale. Nell'operato insorsero fenomeni colici intermittenti a sede periombellicale. All'atto operativo stenosi del tenue a carattere intrinseco di tipo tubulare. Enterectomia. Guarigione. Anche in questo caso le lesioni si iniziavano dalla mucosa.

Annesso uterino caduto e fissato sul fondo vaginale da dieci anni dopo isterectomia, simulante un neoplasma.

Prof. F. D'ERCHIA. — I possibili accidenti postoperatori, che possono seguire alla isterectomia vaginale, per i rapporti anormali o patologici di taluni organi endopelvici e la breccia della ferita vaginale, sono distinti dall'O. in tre gruppi a seconda che si effettuino a breccia chiusa, a breccia parzialmente aperta, pel passaggio del drenaggio, o a breccia che si renda deiscente a distanza dall'atto operativo.

Si ferma in modo particolare su quest'ultimo gruppo, al quale, per ora, appartiene l'unico caso osservato dall'O., e nel quale la deiscenza della ferita avvenne a domicilio della paziente, dopo circa venti giorni dall'atto operativo. A tale deiscenza tenne dietro la fuoriuscita di quasi tutto l'annesso di destra, che non riconosciuto dal medico curante, e non ridotto, prese intime aderenze coi margini della ferita vaginale e si trasformò, dopo dieci anni di vita extraperitoneale, in una produzione simile a neoplasma, e dette (a varie tappe) delle turbe a distanza da far porre la diagnosi di appendicite, di coliche renali, epatiche e finalmente di ulcera gastrica.

Per questi possibili errori diagnostici il caso insegna che innanzi ad una isterectomizzata, il ginecologo deve tener conto delle possibili evenienze descritte, ed evitare lo scambio di annesso prolassato e caduto in vagina con un neoplasma del fondo di questo ed il clinico medico e quello chirurgo di evitare lo scambio delle forme morbose riflesse, da quelle patologiche endoaddominali, ben individualizzate, dalla vera appendicite all'ulcera gastrica.

Esistono interferenze gravidiche sulle reazioni sierologiche della sifilide?

Dott. A. CHIMENTI. — L'O. dopo aver rilevato il dibattito tuttora esistente sul problema della spe-

cificità delle reazioni sierologiche per la sifilide in gravidanza, espone i risultati di ricerche personali su 1083 sieri (783 ostetricia, 300 ginecologia) esaminati con la R. W. originale, la R. di Sachs-Witebsky II e la M. K. R. II. Conclude che la sierodiagnosi della sifilide in gravidanza conserva il suo valore specifico.

Dott. PIETRO TAGARIELLO. — *Caso di agenesia del surrene sinistro.*

Prof. LUIGI MUSAIO. — *Su di un nuovo acido isolato in seguito ad alimentazioni iperproteiche.*

Il Segretario: D. GARGASOLE.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 30 novembre 1933-XII.
Presidenza: Prof. G. B. FIOCCO.

Un caso di fratture multiple delle ossa facciali.

Prof. U. SARAVAL. — L'O., dopo aver ricordato i sintomi, i vari metodi terapeutici e le conseguenze più importanti dei vari tipi di fratture delle ossa facciali, presenta un caso di numerose e gravi fratture delle ossa della faccia e le fotografie e i radiogrammi eseguiti durante i 4 mesi di cura. Col mezzo di docce metalliche e di un casco cranico, con legature intermascellari ed extra-orali si ottenne la riduzione nelle varie sedi e la consolidazione delle ossa fratturate e la ricostituzione dei rapporti interdentali, malgrado la perdita per necrosi di porzioni dei mascellari, dovuta alla gravità delle fratture e dei processi suppurativi che complicarono e ritardarono la cicatrizzazione delle profonde ferite.

Variazioni dei surreni nel trattamento follicolinico in animali ovaro-isterectomizzati.

Dott. M. MOZZETTI-MONTERUMICI. — Da una serie di esperienze su cavie e conigli ovaro-isterectomizzate e trattate con liquido follicolare l'O. conclude che esso determina a carico della corteccia surrenale delle evidenti modificazioni localizzabili nella zona di confine tra la fascicolata e la reticolare e più a carico della prima che della seconda; tali modificazioni consistono in aumento dell'attività biologica degli elementi cellulari con aumento del volume assoluto e relativo dei nuclei e dei protoplasmi e nella formazione di cavità cistiche in questa zona di confine che le conferiscono un aspetto ricordante il parenchima tiroideo; il trattamento più intenso o la minore tolleranza può indurre la presenza di materiale albuminoideo in dette cavità e la comparsa di focolai emorragici con stati degenerativi; al complesso reattivo della corteccia la midollare partecipa poco e non costantemente.

Dott. E. DE MARCHI. — *Tre casi di anca a scatto.*

Dott. C. BOTTOS. — *Cancro cistico del polmone.*

Dott. M. TOMMASINI. — *Rottura traumatica della milza.*

Dott. R. BASSO. — *Rottura spontanea della milza nel decorso di un'angina.*

Artriti croniche luetiche.

Dott. P. LENTI. — L'O. riferisce su di un caso di osservazione personale in cui le lesioni erano a carico delle ginocchia coi caratteri di una sinovite cronica. La cura specifica eseguita scrupolosamente non diede risultati definitivi e fu perciò necessario sottoporre il paziente ad una sinoviectomia con ottimi risultati anche dal punto di vista della funzione. L'esame istologico non rilevò nulla a carico della cartilagine mentre le sezioni delle frange sinoviali svelarono le caratteristiche di una sinovite cronica gommosa. L'O. discute infine sul valore della reazione di Wassermann eseguita sul liquido articolare, sul sangue e sul liquor di pazienti affetti da artriti croniche.

Circa la possibilità di riprendere un pneumotorace terapeutico.

Dott. A. TORRESINI. — L'O. dopo aver accennato all'importanza pratica della possibilità di riprendere un pnx. terapeutico abbandonato, riporta i giudizi dei vari AA. al riguardo e alcuni casi di reistituzione descritti nella letteratura. Espone quindi 5 casi di recidiva, capitati all'osservazione nell'Ospedale S. Marco, nei quali fu possibile reistituire il pnx. abbandonato da un lasso di tempo variabile da 4 mesi a 2 anni; insiste nel far notare i forti segni di reazione cicatriziale esistente specialmente in alcuni casi, che permisero la formazione di una bolla dapprima parziale e solo dopo qualche tempo efficace. Riporta due casi di recidiva in cui il pnx. non potè essere ripreso e passa quindi a discutere la patogenesi della sinfisi pleurica post-pnx. Conclude nel ritenere possibile spesso la reistituzione di un pnx. per cui deve venir tentata in ogni caso di recidiva.

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

Clinica Medica di Catania.

Seduta del 16 dicembre 1933.

Questioni di attualità nel campo delle anemie.

Prof. G. DI GUGLIELMO. — 1) Dopo la scomparsa quasi completa della clorosi, nel gruppo numeroso delle anemie restano due sole forme che non sono secondarie ma essenziali: l'anemia perniciosa e l'anemia ipocromica essenziale.

2) L'anemia ipocromica essenziale, nota da pochi anni, è caratterizzata da ipocromia, microcitosi e achilia gastrica o anacloridria.

3) L'anemia ipocromica essenziale e l'anemia perniciosa, profondamente diverse dal punto di vista ematologico, hanno in comune l'achilia gastrica, la quale però deve essere anch'essa di natura differente, perchè l'azione antiperniciosa, che si ottiene con carne predigerita in vitro dal succo gastrico di un anemico ipocromico essenziale, manca completamente quando si ricorre al succo gastrico di un anemico pernicioso.

Dobbiamo, dunque, limitarci a riconoscere che i due processi morbosi rientrano nel gruppo delle anemie achiliche, le quali devono essere ancora meglio studiate.

4) L'anemia ipocromica essenziale, a differenza dell'anemia perniciosa, non risente affatto l'azione dei preparati di fegato, mentre guarisce con l'uso orale del ferro ad alte dosi.

Reazione con la tionina-molibdato ammonico nelle orine e « fenomeno d'ostacolo ».

Prof. V. M. BUSCAINO e Dott. V. LONGO. — Il « fenomeno d'ostacolo », con la prova della tionina-molibdato nelle orine, poichè la tionina è in soluzione colloidale, è la risultante di un gran numero di fattori. È stata accertata l'importanza dei

valori del pH, del tasso dell'NH_3 e di altre sostanze basiche azotate, della concentrazione dei cloruri, di quella dei fosfati, dei carbonati, dell'urea. Degli elettroliti studiati alcuni inibiscono (cloruri, urea), e con differenze quantitative tra essi, il « fenomeno d'ostacolo »; ma pur inibendolo a concentrazione alta, lo accentuano a debole concentrazione; altri lo favoriscono (fosfati, carbonati).

Lo studio puro e semplice, dunque, del detto fenomeno non ci dice nulla di preciso sulle condizioni fisico-chimiche e chimiche presenti in una orina in un dato momento; nulla di più poi, per lo meno sinora, di quanto da tempo si sapeva.

Diaframma intervescico-prostatico consecutivo a prostatectomia.

F. GRECO. — Comunica un caso di diaframma intervescico-prostatico che diede i primi sintomi dopo quatro mesi dalla prostatectomia soprapubica decorsa senza complicazioni. Data la ritenzione completa, la impossibilità di passare alcuno istrumento in vescica per via uretrale, e le gravi condizioni dell'ammalato, l'O. dovette ricorrere alla epicistotomia e rompere un diaframma mucoso spesso che divideva la vescica dal residuo di cavità prostatica.

La guarigione fu completa.

L'O. crede che la profilassi di tale complicazione consiste nella revisione accurata della vescica dopo la prostatectomia, in modo da evitare che lembi di mucosa lacerati possano venire a contatto, aderire, e dar luogo alla formazione di un diaframma.

Il ricambio azotato nella brucellosi e sue modificazioni in corso di vaccinoterapia.

Dott. P. MAGNANO. — L'O. espone le sue ricerche sul ricambio azotato nella brucellosi e le sue modificazioni in corso di vaccinoterapia endovenosa, ricavandone i seguenti dati:

a) prima del trattamento bilancio passivo in 5 ammalati, attivo in 5;

b) in rapporto alla risposta del ricambio dell'N alle singole iniezioni di vaccino, si ebbero 2 tipi di reazione; nel primo esisteva riduzione dell'eliminazione di N dopo l'iniezione, nel secondo aumento;

c) all'inizio della guarigione si ebbe bilancio azotato attivo in 4 ammalati, pareggio in 2, passività in 1; in tutti si ebbe un miglioramento di tale bilancio in rapporto alle condizioni di esso anteriormente alla cura.

Funzionalità dei parenchimi emopoietici nella brucellosi e sue modificazioni in corso di vaccinazione.

Dott.sa M. SALANITRO. — Sulla scorta di una casistica ancora ben poco numerosa, l'O. riferisce le sue prime osservazioni sullo stato funzionale dei parenchimi emopoietici nell'infezione brucellare e sulla reattività dei medesimi alla terapia endovaccinica.

Rileva come le note fondamentali dell'alterata crasi sanguigna siano costituite dalla diminuzione dei neutrofili e dall'aumento dei linfociti nel senso assoluto, accanto ad una modica riduzione dei gl. r. e talvolta marcata delle piastrine.

Richiama l'attenzione sulla maniera di reagire dei tessuti emopoietici alla introduzione endovenosa di vaccino e che interpreta come un tentativo transitorio di normalizzazione da parte dei suddetti parenchimi, che a condizioni preesistenti di neutropenia e di linfocitosi rispondono con l'aumentare il numero dei neutrofili e con il ridurre quello dei linfociti.

Infine, fa osservare come a guarigione ottenuta le condizioni ematiche periferiche non differiscono da quelle riscontrate prima del trattamento.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 21 dicembre 1933.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Sul trattamento transuretrale delle ostruzioni del collo vescicale.

Prof. P. LILLA. — L'O., dopo una rapida rassegna dei metodi antichi e moderni di terapia transuretrale delle ostruzioni del collo, e dopo averne vagliato i risultati proprii e quelli di altri Autori, ritiene che essi non debbano neppur lontanamente competere colle operazioni chirurgiche quali la prostatectomia, per l'insufficienza dei loro risultati, per il loro valore sociale negativo, e perchè totalmente antiscientifico, non potendoli ammettere che si tratti un neoplasma qual'è l'adenoma prostatico con operazioni parziali ed incomplete, specie quando si pensi che molto spesso l'adenoma racchiude l'inizio di una degenerazione cancerigna. Mette in guardia contro i pericoli anche morali della divulgazione di questi metodi.

Miasi da Lucilia caesar e dermatite vegetante degli arti inferiori.

A. GRASSI. — L'O. riferisce sopra un caso di dermite da stasi complicato da larve di mosche per due volte alla distanza di un anno, nel quale si ebbe ambedue le volte proliferazione di abbondanti vegetazioni soltanto nelle sedi parassitate. Dopo aver ricordato le recenti ricerche sull'azione stimolante delle larve di mosche nei tessuti di granulazione suppuranti, l'O. è tratto a ritenere che le vegetazioni in questione siano da attribuirsi, o per lo meno siano state favorite nella loro esuberante produzione dalla presenza di questi parassiti.

Un caso probabile di reinfezione sifilitica.

A. MARCOZZI. — L'O., dopo aver accennato le ragioni che costringono ad accettare con riserva ogni nuovo caso di reinfezione sifilitica, ed avere rilevata la frequenza sempre maggiore di osservazioni del genere, grazie ai moderni mezzi diagnostici ed ai nuovi rimedî, riferisce un caso occorsogli di recente.

Un uomo di 25 anni, che presentava un sifiloma iniziale del glande con adenopatia satellite e Wassermann positiva, nel febbraio 1931, curato per due anni con arsenobenzoli e bismuto, con reazioni sierologiche negative anche nel settembre 1933, presenta nell'ottobre, a distanza di un mese dal rapporto sessuale con donna sicuramente luetica, un nuovo sifiloma iniziale del solco balano-prepuziale con adenopatia satellite, reperto microscopico positivo per il Treponema pallidum e reazioni sierologiche parzialmente positive entro giusti limiti di tempo dalla comparsa della lesione iniziale.

Riscontrandosi riunite tutte le condizioni che si esigono abitualmente per la dimostrazione di una reinfezione, l'O. ritiene che nel caso osservato si possa veramente parlare di reinfezione sifilitica.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Emangioma dello stomaco.

M. Siebner (*Dsch. Zeit. f. Chir.*, vol. 241) riporta un caso di un grosso emangioma della parete gastrica da lui operato con successo, ed è probabilmente l'unico caso giunto al tavolo operatorio di cui ricorda la letteratura. Due casi riportati sono reperto di autopsia.

La paziente aveva ematemi abbondanti, dolori epigastrici da vario tempo. Vi era difesa delle pareti in corrispondenza del retto di sin. e si palpava una tumefazione.

Allo schermo grossa lacuna sulla grande curvatura.

Il tumore era situato fra la sottomucosa e la muscolare.

Venne eseguita una resezione secondo Billroth 2 modificata.

La p. guarì regolarmente. V. GHIRON.

Adenomatosi miliare del duodeno.

Secondo Pavel J. e Milcon H. M. (*Presse Méd.*, 18 nov. 1933) ne esisterebbero descritti solo due casi compreso il loro.

Nel caso loro la diagnosi completa fu la seguente: malaria cronica con splenomegalia ed epatite interstiziale modica, adenomatosi miliare del duodeno e duodenite subacuta, ittero cronico per spasmo dello sfintere di Oddi, peritonite suppurata terminale per infezione di un ematoma parietale dopo laparotomia.

Il duodeno presentava numerosissime nodosità miliari, biancastre, ineguali, durissime. La loro grandezza variava da un grano di miglio ad un nocciolo di ciliegia. Le lesioni si estendevano da due centimetri dal piloro a due o tre dita trasverse prima dell'angolo duodeno-digiunale.

L'esame istologico dimostrò che queste formazioni nodulari erano costituite da adenomi sviluppatisi dalle ghiandole di Brunner, esistevano inoltre fatti infiammatori diffusi a carico della mucosa e sotto mucosa duodenale e fatti regressivi a carico della *muscolaris mucosae* e della mucosa, circoscritti alla superficie delle proliferazioni.

Secondo gli AA. il fatto primitivo sarebbe la proliferazione adenomatosa d'origine forse congenita: la duodenite le conseguirebbe e potrebbe aver costituito l'origine di irritazioni riflesse tali da produrre lo spasmo dello sfintere di Oddi causa dell'ittero prolungato nel caso in quistione. B. PAGGI.

Cisti gassose degli intestini.

P. C. Tung e S. K. Ngai (*The Chinese Medic. Journ.*, gennaio 1933) ne descrivono due casi. Il primo riguarda un giovane di 31 anni, operato con diagnosi clinica di ulcera gastrica cronica con stenosi pilorica e perforazione subacuta dell'ulcera. Fu fatta una gastroenterostomia per ovviare agli inconvenienti della stenosi pilorica. Colla stessa diagnosi, più quella di pneumoperitoneo spontaneo, fu operato il secondo malato.

Le cisti gassose intestinali hanno patogenesi neoplastica secondo alcuni (Bang, Kouskow, Mair), batteriologica secondo altri (Eisenlor, Camargo, Dupraz, Hahu, ecc.) e meccanica secondo altri ancora (Kolli, Thorburn, ecc.).

Gli AA. pensano, anche in base ai reperti istologici dei loro casi, che le cisti siano vasi linfatici che si separano dagli altri vasi in seguito ad un processo infiammatorio.

Con esperimenti sui cani dimostrarono che un'ulcerazione della mucosa può fare da porta d'entrata di aria nelle pareti gastrointestinali e che quest'aria è trasportata dai linfatici da cui in condizioni normali è rapidamente riassorbita.

Nell'uomo si può ammettere che l'aria entri dall'ulcera e che non si assorba per continuo ingresso di aria e per disturbi circolatori in anse intestinali in cui si possono avere anche obliterazioni linfatiche. Quindi le cisti gassose non sono nè neoplastiche nè batteriche, ma dipendono dalla presenza combinata di ulcera, ostruzione parziale distalmente a questa, peristalsi attiva nel tratto prossimale.

R. LUSENA.

Traumi del tenue.

Troian E. (*Arch. Klin. Chir.*, Vol. 175, f. 4, p. 652, 1933) tratta particolarmente delle ferite sottocutanee del tenue di cui riporta tre casi. La lesione si potrebbe spiegare con il fatto che per la contrazione riflessa della parete addominale, l'intestino viene fissato contro la colonna vertebrale e scoppia per azione del trauma diretto; ma vi sono anche altre possibilità di interpretare il meccanismo patogenetico, possibilità che vengono esaminate criticamente. Sempre la maggior importanza è da ascriversi all'aumento della pressione endoaddominale in quanto questo aumento, anche da solo, è capace di provocare rotture dell'intestino.

Per lo più, le rotture del tenue si localizzano a m. 1-1 1/2 dal Treitz in rapporto all'inserzione mesenteriale di questa porzione.

In uno dei casi osservati dall'A. a causa di aderenze si era avuta una chiusura spontanea della rottura; in terza giornata l'ansa aderente, in seguito a un massaggio addominale, si distacca e insorge la peritonite diffusa.

L'A. ricordando altri casi di ferita del tenue da arma da taglio o d'arma da fuoco, insiste sull'indicazione all'intervento immediato in tutti i casi di traumi dell'addome in cui si sospetti una possibile lesione dell'intestino.

P. VALDONI.

Ernia mesocolica media.

Delle ernie interne, l'ernia mesocolica media è la più rara, fino ad oggi se ne contano 5 casi. La porta erniaria, formata dalla pagina inferiore del mesocolon, corrisponde al tratto di mesocolon delimitato dalla arteria colica media, dalla colica sinistra e dalla anastomosi fra colica media e sinistra. Il sacco è formato dalle due pagine del mesocolon.

Si trattava di un bambino di 8 anni sofferente fin dalla nascita di coliche addominali, con distensione dell'addome, vomito e stipsi. All'intervento fu rinvenuta una tumefazione che andava dal piccolo bacino al diaframma, e che dietro lo stomaco mostrava una depressione nella bozza omentale. Estrinsecata la massa si vide essere formata da un sacco teso da anse del tenue molto dilatate. Sollevato il colon trasverso fu messa in luce la porta erniaria: nel sacco era contenuto tutto il tenue che fu possibile estrinsecare. Sezionata la parete si trovò che anche la parete interna era liscia e lucente. Chiusura della porta erniaria ed escissione del sacco.

Sailer K. (*Arch. Klin. Chir.*, Vol. 175, f. 4, p. 716, 1933) passate in rivista le altre varietà di ernie interne pensa che nel suo caso l'ernia sia congenita e che i disturbi del malato sieno da attribuirsi a crisi di occlusione, molto rare nelle ernie congenite. P. Valdoni.

Il trattamento chirurgico dell'emorragia profusa acuta dello stomaco.

Finsterer, di Vienna (*Journ. de Chirurg.*, novembre 1933) la cui competenza nel campo della chirurgia gastrica è a tutti nota, ritorna sull'argomento su cui già 15 anni addietro si era espresso favorevolmente all'operazione d'urgenza, prima che insorgano i gravi segni dell'anemia.

Accenna come anche Pauchet, mentre nel 1924 raccomandava il trattamento medico con trasfusioni di sangue, in questi ultimi 5 anni si è pronunziato per l'intervento immediato.

È principio generale di chirurgia di legare il vaso che sanguina e che minaccia la vita, a meno che questo non sia inaccessibile (emorragie del polmone). I migliori risultati del trattamento conservatore sono solo apparenti, poichè nelle statistiche mediche figurano casi non gravi, per emorragie modiche, mentre tra le statistiche chirurgiche risultano tutti i casi gravissimi, disperati, in cui il trattamento medico era fallito.

I risultati del trattamento medico e chirurgico potrebbero essere raffrontati se i medici curassero i loro casi sino alla fine ed al chirurgo giungessero gli ammalati all'inizio, vergini da qualsiasi trattamento. Ma ciò non sarà mai possibile.

Una recente statistica di Bulmer porta una mortalità dell'11 % nei casi trattati medicalmente, mentre Finsterer su 42 casi che potè operare subito, ebbe 2 decessi e quindi una mortalità del 4,3 %.

Adunque il trattamento chirurgico dà risultati migliori del trattamento medico, in buone mani.

Insiste adunque nel considerare le profuse emorragie da ulcere tra la chirurgia d'urgenza e ricorda come in 55 interventi tardivi, eseguiti in infermi in cui era stato inutilmente tentato il trattamento medico, ebbe una mortalità del 32 %.

Il successo dell'intervento dipende dunque in prima linea dalla durata dell'emorragia.

L'A. ha praticato in genere resezioni gastriche; più di raro escissione dell'ulcera e gastroenterostomia.

Spesso ha fatto precedere all'intervento una abbondante trasfusione; l'anestesia è stata sempre locale con soluzione di novocaina al 1/4 per mille; sconsiglia del tutto l'uso della morfina che può essere pure letale in questi pazienti. R. Grasso.

La fisiopatologia dell'ulcera gastro-duodenale come fondamento per la scelta del metodo chirurgico di cura.

Stropeni (*Clinica Chirurgica*, giugno 1933, fasc. 6), dopo aver ricordato che le alterazioni funzionali dello stomaco, che si accompagnano ad un'ulcera, sono l'iperacidità, l'ipersecrezione, l'ipercinesi e, come conseguenza di spasmo o di retrazione cicatriziale del piloro, la stasi, accenna all'ipotesi di v. Haberer e a quella di Edkins e v. Bergmann i quali ammettono che la causa prima della malattia risieda in corrispondenza del piloro o dell'antro.

Ne trae la conseguenza che « la cura dell'ulcera e di tutto il suo complesso sintomatico, deve consistere o nel far guarire le alterazioni funzionali della pars pilorica, o addirittura, nel demolire questa per impedire che essa sia il punto di partenza di stimoli abnormi ».

La gastro-entero-stomia, che abolisce una delle cause più importanti, la stasi, secondo l'A., sarebbe un metodo scelto di cura negli stomaci sfiancati, perchè negli altri l'ipercinesi produce chiusure irregolari più lunghe del piloro donde arresto e stasi nella pars pilorica, ma anche determina chiusura dell'anastomosi, annullando così l'effetto della gastro-enterostomia. Perciò la resezione che demolisce la parte antrale reflessogena, secondo l'A., bisogna riservarla ai casi chiamati da Vecchi di « gastriti ipergenetiche » ribelli alle cure mediche ed in cui si hanno tutti i disturbi dell'ulcera senza che questa vi sia; nelle ulcere gastriche recenti in pieno sviluppo che si accompagnano, specialmente nei giovani, a gastriti; e nelle ulcere duodenali.

La gastro-entero-stomia, invece, secondo l'A., sarebbe indicata nelle ulcere callose e indurative, in cui il processo infettivo gastroduodenale è localizzato, meno esteso, e meno attivo. Alla gastro-entero-stomia si può aggiungere la distruzione dell'ulcera.

Tratta infine della duodeno-pilorectomia anteriore, da lui eseguita 15 volte in soggetti gio-

vani che presentavano tutti i segni di una grave gastrite: ipercloridria, ipersecrezione, ipercinesi, ristagno, e riferisce che in tutti i casi ebbe risultati immediati brillanti, però senza alcuna diminuzione dell'acidità gastrica, contrariamente a quanto hanno affermato Olch e Finney, Elmann e Rowlette, e Thompson.

G. GENTILE.

Le invaginazioni intestinali acute dei bambini trattate col clisma opaco e ridotte sotto lo schermo.

F. Condamin (*Lyon Chirurg.*, n. 4, 1933) riporta il caso di un bambino di 3 anni, che vomitava da 4 giorni e che era in gravi condizioni in cui, fatta diagnosi d'invaginazione ileo-colica, si ebbe lo svaginamento sotto lo schermo a mezzo del clisma opaco. Avendosi avuto però un mancato reflusso della sostanza opaca nel tenue, fu eseguita laparatomia esplorativa che confermò l'avvenuta svaginazione e spiegò l'assenza di reflusso ileale con l'edema dello sfintere ileo-cecale.

Cita poi tanti casi di Guilleminet in cui tale procedimento diede preziosi risultati, specie nei lattanti, e ritiene inutile la laparatomia esplorativa se si ottiene un buon riempimento del cieco, con siluette normale, anche se manca l'iniezione delle ultime anse ileali, che quando esiste avvalora ancora di più l'avvenuta svaginazione.

Il metodo certo può essere sfruttato solo nelle cliniche con collaborazione del chirurgo e del radiologo.

R. GRASSO.

La cura dell'amebiasi coll'iodocloridrossichinolina.

Nella cura dell'amebiasi è stato largamente sperimentato il chimiofon N. N. R. (che è in commercio col nome di yatren, anagodin) ed è un sulfonato sodico di iodoidrossichinolina. N. A. David. H. G. Johnstone, A. C. Reed e C. D. Leake (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 27 maggio 1933) hanno studiato l'azione biologica dei due prodotti nella cavia, nella scimmia e in vitro. Nella scimmia spontaneamente infetta da amebiasi il vioformio si è dimostrato più attivo.

La cura col vioformio va fatta con somministrazione di capsule da gr. 0,25 l'una, tre volte al giorno per dieci giorni; si ripete dopo 7-10 giorni se i risultati non sono stati soddisfacenti.

Non furono osservati fenomeni tossici. Generalmente dopo tre giorni le feci divennero dure.

Durante la cura le feci diventano di colore grigio-oleoso.

Bisogna sorvegliare rene e fegato durante la cura.

Su 29 casi ricoverati in ospedale 6 soli ebbero recidiva di amebe nelle feci e in uno solo le feci presentarono amebe anche dopo la prima serie di cura.

Nei riguardi delle infezioni associate il vioformio agisce anche contro l'Entameba coli, la Iodameba, il Chilomastix, l'Enteromonas e il Trichomonas, mentre non agisce contro l'E. nana e la Giardia.

R. LUSENA.

L'emosieroterapia nella colite ulcerosa grave.

Bensaude, Aury e Dany (*Arch. d. Malad. de l'appar. dig.*, giugno 1933) dicono di avere tentato la cura delle coliti ulcerose gravi con l'autoemoterapia con risultati assai incoraggianti. I casi trattati erano stati ribelli a tutti gli altri trattamenti istituiti in precedenza. Con l'autoemoterapia si ebbe una rapida diminuzione del numero delle evacuazioni. Rapida scomparsa delle emorragie anche nelle forme assai emorragiche.

La scomparsa del muco fu più lenta (10-15 giorni); la modificazione della consistenza del materiale fu il fatto più manifesto.

Lo stato generale si rialzò di pari passo.

Anche l'esame rettoscopico confermò il miglioramento. Il metodo non è certo infallibile, ma merita di essere provato.

L. TONELLI.

Nelle gastriti.

F. Moutier (*La Presse médicale*, 18 novembre 1933) consiglia quanto segue:

1) Sottonitrato o carbonato di bismuto 10 grammi, con o senza mucillagine, mattina e sera. Atropina XXX a L gocce al giorno, della soluzione al millesimo, o meglio, iniezioni di 1/2 a 1 mg. al giorno in 1-2 iniezioni.

2) In caso di inefficacia, prescrivere:

Polvere di foglie di belladonna		cg. 30
Bromuro di calcio		g. 5
Salicilato di bismuto		
Sottogallato di bismuto	ana	g. 10
Caolino		» 80

Un cucchiaio da zuppa al mattino nell'alzarsi ed alla sera andando a letto. In caso di costipazione sostituire più o meno il bismuto con carbonato di magnesia (10 g. o più).

3) In caso d'inefficacia, prescrivere:

Collargolo	g. 3
Acqua distillata	» 300

Un cucchiaio da zuppa almeno 20 minuti prima dei 3 pasti principali; rimanere in posizione prona fino all'inizio del pasto.

Le soluzioni alcaline convengono nelle forme leggere; nei nervosi, i calmanti (papaverina, benzoato di benzile, bromuro d'oro, associazione atropina-eserina).

fil.

Nelle diarree dei poppanti allattati artificialmente.

R. de Rudder (*Medizin. Klinik*, 1933, n. 32) consiglia: 1) Nel *primo stadio*: digiuno con somministrazione libera di tè (di camomilla, di finocchio oppure vero tè molto diluito); dopo 12-24 ore, mucilaggini, specialmente di riso (al 10 %).

2) Nel *secondo stadio*, nutrizione antidispeptica: diluizioni di latte a 1/10, poi a 1/5, 1/3, 1/2 con zucchero o, se le feci sono acide, preparati di albumina; molto adatto è il latticello.

3) Il *terzo stadio* comprende il passaggio alla dieta normale.

Nel bambino allattato al seno, la dispepsia non costituisce mai un'indicazione per la sospensione dell'allattamento. Nelle dispepsie intense, l'A. raccomanda di somministrare una punta di coltello di plasmon in un po' di tè ad ogni pasto; allo stesso scopo, serve anche una miscela di fosfato di calcio purissimo, carbonato di calcio e Bolus alba, ana. *fil.*

Nelle emorragie emorroidarie.

Bensaude consiglia:

Ossicloruro di bismuto cg. 5
Adrenalina gocce V
Estratto di cupressus
Estratto di ippocastano, ana cg. 7,5
Burro di cacao q. b. per un suppositorio.

Riposo in letto. Riescono bene i piccoli clisteri di acqua tiepida con antipirina, o di siero di cavallo tiepido.

DIETETICA.

La terapia dietetica del diabete.

W. H. Jansen parla a lungo (*Münch. Med. Woch.*, 1° dicembre 1933) di questo importantissimo argomento; disgraziatamente la sua trattazione si impernia su schemi di alimentazione che sono minuziosamente descritti, e quindi poco si presta ad una breve sintesi. Ad ogni modo le linee fondamentali del suo lavoro sono le seguenti: quando il medico deve stabilire al suo diabetico il regime da seguire, accerterà anzitutto lo stato del ricambio degli zuccheri — mediante esami di urine e di sangue — tenendo il paziente a dieta completa.

Per ristabilire prontamente l'equilibrio, l'A. consiglia di far praticare uno o due giorni di digiuno, durante i quali il malato non prenderà che bevande, succhi di frutta e un po' di vino (sino a 100 gr.). Tornate normali l'urina e il sangue s'inizia la questione della dieta: secondo l'uso così diffuso in Germania anche lo Jansen ha a sua disposizione varii schemi che adotta a seconda delle indicazioni.

Il primo schema è quello dell'alimentazione doppia (grassi + proteine) a cui gli idrati di carbonio vanno progressivamente aggiunti sino a tolleranza, avendo la cautela però di restare circa d'1/5 al disotto del limite massimo.

Ma tutte le volte che — come accade specialmente per i diabetici di età avanzata — esistono controindicazioni all'uso di grandi quantità di proteine — la dieta dovrà essere povera — e i grassi, a seconda dei casi — saranno aumentati o anche essi diminuiti: al posto della carne potrà darsi l'uovo, le cui proteine eccitano meno la glicopoiesi.

A intervalli regolari risulta molto utile anteporre la pausa di un « giorno di digiuno », durante il quale il diabetico non prende che the, limonate e brodo di carne senza sale; se questo è mal tollerato, si può ricorrere appunto ad un tipo di dieta che sia povera a un tempo di albumina e di grassi.

Nei casi che tendono all'acetonuria si preferiranno le diete povere di grassi; in quelli invece in cui non v'è acetone, ma glicosuria e iperglicemia spiccate e tenaci, è preferibile ridurre le proteine ed elevare i grassi.

Appositi schemi sono proposti per ognuna di queste eventualità: ma lo stesso autore ammonisce che ogni eccessiva rigidità di concetti dietetici è dannoso al malato, giacchè questo può avere bisogno ora di un tipo di dieta, ora dell'altro; e, in complesso, il medico, pur tenendosi legato alle grandi linee degli schemi, ne modificherà i dettagli a seconda delle circostanze. V. SERRA.

SEMEIOTICA.

Il segno del "buffetto" per la prova di resistenza dei capillari.

R. W. Jones e L. M. Tocantins (*Amer. Journ. Med. Sciences*, aprile 1933) propongono una prova di resistenza dei capillari analoga al noto segno del laccio.

Sulle vene rigonfiate al disotto di un laccio di gomma applicato da 5 minuti, si danno 3-4 buffetti. In caso di diminuzione della resistenza dei capillari, si ha comparsa di petecchie. La positività del segno indica che i capillari o le venuze si sono rotti o sono diventati permeabili.

Tale segno si sarebbe mostrato più sensibile che quello del laccio. Gli AA. lo hanno trovato positivo in tutti i malati con porpora, mentre quello del laccio era negativo. Anche in una serie di individui apparentemente normali, esso è stato positivo più spesso che il segno del laccio. All'epoca primaverile, è stato trovato positivo nel 49 % degli individui apparentemente normali. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla necessità delle paratiroidi.

Da quando — quaranta anni fa — Vassale scoprì l'importanza della funzione paratiroidea, si è ammesso da tutti che queste glandole siano indispensabili alla vita.

Le moderne ricerche sul significato della vitamina D — o antirachitica — sembrano modificare realmente questo modo di vedere: Koselka, Hart e Bolistedt hanno dimostrato recentemente (*J. Biol. Chim.*, maggio 1933) che è possibile non solo mantenere in vita ma far superare il ciclo della gestazione e quello dell'allattamento ad animali paratireoprivi, purchè si somministri loro sufficiente quantità di vitamina D., di calcio e di fosforo. V. SERRA.

Iperglicemia, splancnici e surrenali.

Molti osservatori hanno constatato che l'acido cianidrico ed i suoi sali danno, in cani e conigli, iperglicemia. Fumio Ohmi (*Tohoku Journ.*, 23 maggio 1933) ha fatto delle espe-

rienze in conigli surrenalectomizzati e a splancnici recisi, allo scopo di stabilire se l'iperglicemia cianica fosse centrale o meno, e quale importanza avesse nel determinarlo, il surrene. Allo scopo inietta mg. 25 per kg. sottocute a conigli normali, surrenalectomizzati bilateralmente e a splancnici recisi.

Ha osservato che la recisione degli splancnici riduce e quasi abolisce l'effetto del cianuro sulla glicemia, mentre la surrenalectomia non ha decisa importanza in questo senso. L'A. ne conclude, ché l'iperglicemia da intossicazione con HCN è in gran parte di origine centrale, e che l'esistenza dei surreni ha scarsa importanza nel determinismo di tale reazione iperglicemica.

Questa, in conigli di kg. 1,95 è di tale grandezza, che il tasso glicemico sale, nel corso di un'ora, da 0,9 a 2,20 ‰.

Parallelamente va notato, che all'iniezione di HCN segue una polipnea da 90 a 180 respiri al minuto, di cui l'A. non dice l'importanza possibile nella genesi del fenomeno iperglicemico.

Così, non sono riportati i protocolli di esperienze di controllo, onde far vedere l'azione diretta della sola surrenalectomia bilaterale, o resezione degli splancnici sulla glicemia.

M. COPPO

Iperparatiroidismo pseudo-osteomalacico.

Non è frequente la consociazione del quadro osteomalacico con quello della osteite fibro-cistica. Morel ne ha osservato un caso in una donna di 56 anni (*Scalpel*, 8 aprile 1933) caratterizzato da una lentissima evoluzione dei sintomi. La sintomatologia, dapprima esclusivamente dolorosa, datava da 12 a. e aveva portato negli ultimi mesi a completa immobilità.

A sinistra, sul collo, si apprezzava qualche cosa di anormale. Non era però affermabile la esistenza di un tumore tiroideo. Il complesso sintomatologico permise di affermare una sindrome osteomalacica e soltanto la presenza di una piccola cisti ossea in una falange, permise di affermare l'o. f. c.

C'era un calcolo in un rene, e una manifesta ipotonia muscolare. L'A. pensa che ciò possa costituire indizio di iperparatiroidismo.

Calcemia pressochè normale (12 circa). Abbassamento notevole del tasso fosfatemico (0,1-1,2).

Lo studio del metabolismo calcico, eseguito secondo Bauer e Aub, tenendo la paziente a dieta calciopenica, diede aumento dell'eliminazione.

All'intervento si trovò e fu tolto un voluminoso tumore istologicamente tiro-paratiroideo; all'operazione seguì brusca caduta della calcemia e per qualche giorno comparsa di sindrome tetanica.

Poi tutto scomparve in questo senso ed il bilancio del calcio si fece positivo fortemente. Dopo cinque mesi dall'intervento l'ammalata poteva stare in piedi da sola. Sei mesi dopo la ricalcificazione dello scheletro poteva essere bene documentata radiograficamente.

Il caso a noi sembra molto interessante ed istruttivo, perchè la mancanza di una netta ipercalcemia avrebbe potuto trattenere dall'intervento salvatore chi la considerasse sintomo obbligatorio di iperparatiroidismo, e non, come è in realtà, dato di valore sempre variamente interpretabile.

M. COPPO.

POSTA DEGLI ABBONATI

Reflessoterapia della sciatica. — Al dottor A. F., abb. n. 7243.

Il metodo di cura della sciatica, mediante la bruciatura dell'orecchio è del tutto empirico. È originario dell'India, dove è tuttora molto adoperato, ma non ha avuto larga diffusione nei popoli occidentali.

Si pratica causticando con uno spillo arroventato il padiglione dell'orecchio e precisamente la branca interna dell'antelice ad un cm. di distanza o poco più dal punto di biforcazione dell'antelice stessa. Nulla vieta che allo spillo si sostituisca un altro mezzo puntiforme termocaustico.

Il metodo è stato ora riesumato dai seguaci della reflessoterapia.

Ha lo stesso valore del metodo arabo, che in Italia è praticato da alcuni monaci: salasso da una vena al lato esterno del tendine di Achille.

DRAGOTTI.

VARIA

Malattie oculari da tintura delle sopracciglia.

V. Bab (*Deut. med. Wochens.*, 1933, n. 27) ha osservato, in seguito all'applicazione di tintura delle sopracciglia con *henné*, delle forme dolorose ostinate delle congiuntive e delle palpebre nonchè della cornea, che vanno considerate come reazioni di ipersensibilità. Il trattamento non è facile, tanto più che i comuni anestetici (cocaina, pantocaina) hanno soltanto un'azione parziale e solo a forti dosi.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. MUGGIA. *La tiroide in Valtellina otto anni dopo l'introduzione del « Sale iodurato ».* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1933.

A. SABATÉ. *Casos de tuberculosis quirurgicas tratados medicalmente con exito.* — Tip. Emporium, Barcellona, 1933.

DURAN ARROM. *Quimografia cardiaca en Clinica.* — Barcellona, 1933.

S. DI MAURO. *Tentativi terapeutici delle sindromi schizofreniche con preparati piretogeni di zolfo.* — Arti Grafiche Guardoni, Milano, 1933.

C. BACCARANI. *Sopra un caso di attacco convulsivo da pneumotorace spontaneo.* — Vallardi, Milano, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Il Regolamento per l'esecuzione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

La *Gazzetta Ufficiale* del 2 dicembre 1933 n. 279 ha pubblicato il Regolamento 5 ottobre 1933 numero 1565 per l'esecuzione del R. Decreto 13 maggio 1929 n. 928 sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

Abbiamo già a suo tempo illustrato il decreto del 1929 (*Policl.*, n. 4 del 25 genn. 1932); interessa perciò esaminare brevemente anche le principali norme di carattere sanitario del regolamento, col quale questa forma di provvidenza assicurativa dei lavoratori entra in piena applicazione.

Una prima disposizione assai importante estende l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali anche agli operai occupati, nello stesso luogo di lavoro, in lavorazioni connesse o complementari a quelle indicate nella legge, quando, a giudizio dell'Ispettorato Corporativo, siano comunque esposti a pericoli d'intossicazione.

Allo scopo di eliminare qualsiasi possibilità d'incertezza di criterio nel giudizio diagnostico delle malattie, il regolamento elenca, in apposita tabella, le forme cliniche colle quali si manifestano le singole intossicazioni professionali (da piombo, mercurio, fosforo, solfuro di carbonio, benzolo e derivati) e l'anchilostomiasi, precisando che sono indennizzabili solo le malattie che si manifestino nelle suddette forme cliniche.

In riguardo alla determinazione del grado di inabilità permanente, è stabilito che la riduzione totale o parziale dell'attitudine al lavoro deve intendersi riferita al lavoro in genere e non alla particolare attività specifica nel cui esercizio fu contratta la malattia. Nel caso di inabilità permanente, il cui grado può esser ridotto coll'abbandono definitivo o temporaneo della specie di lavorazione che ha prodotto la malattia, e quando l'operaio non intenda cessare tale lavorazione, la liquidazione d'indennità viene commisurata a quel minor grado di inabilità presumibile al quale l'operaio sarebbe ridotto coll'abbandono definitivo o temporaneo della lavorazione predetta. In caso di disaccordo sulla possibilità e la misura di riduzione dell'inabilità, queste potranno esser determinate da un collegio di tre medici, scelti fra i docenti e i medici specializzati in medicina del lavoro, e in mancanza fra medici particolarmente competenti, e nominati due rispettivamente dalle parti ed il terzo di comune accordo fra di esse o, in caso diverso, dal presidente del tribunale.

L'operaio è obbligato a sottoporsi alle visite di controllo ritenute necessarie, presso gli uffici dell'istituto assicuratore o nei luoghi da esso stabiliti e, se l'operaio è impossibilitato a muoversi, nel luogo ove egli si trovi, o presso l'ospedale o istituto di cura nel quale sia ricoverato. In caso di disaccordo sulla cura fra il medico di fiducia dell'istituto assicuratore ed il medico di fiducia dell'operaio, la decisione è rimessa al giudizio di un terzo medico, scelto di comune accordo fra i due medici di fiducia o, in mancanza di accordo, dal presidente dell'Ordine dei Medici, fra i sanitari precedentemente indicati a proposito dei giudizi sull'inabilità. L'operaio che rifiuta di sottoporsi alle visite di controllo, o che ponga il medico dell'istituto assicuratore nell'impossibilità di eseguirle, perde il diritto all'indennità.

Il certificato medico, che la legge prescrive a corredo della denuncia di malattia all'istituto assicuratore, può essere rilasciato dal medico curante dell'operaio, o dal medico incaricato di visitare l'operaio dal datore di lavoro. Il certificato deve contenere l'indicazione del domicilio o del luogo di ricovero dell'operaio e dare relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'operaio e di quella rilevata dal medico che rilascia il certificato; questi, inoltre, ha l'obbligo di fornire all'istituto assicuratore tutte le notizie che questo reputi necessarie. L'istituto assicuratore provvede alla liquidazione degli onorari per il certificato e per le relazioni supplementari in base a tariffe da approvarsi dal Ministero per le Corporazioni sentito il Sindacato nazionale fascista dei medici.

Il regolamento generale per l'igiene del lavoro (14 aprile 1927 n. 530) prescrive che in talune lavorazioni industriali, nelle quali si adoperano o si producono sostanze tossiche od infettanti, gli operai debbano essere sottoposti a visite mediche preventive e periodiche. Il regolamento per l'assicurazione delle malattie professionali dà facoltà all'istituto assicuratore di prender visione dei referti relativi alle visite suddette. Inoltre è stabilito che, qualora in tali visite venga accertata l'esistenza di una delle manifestazioni morbose elencate nella tabella, a cui abbiamo precedentemente accennato, in un operaio addetto ad una lavorazione compresa nell'obbligo dell'assicurazione, i datori di lavoro devono informare l'istituto assicuratore, sempre che non si faccia luogo alla denunzia di malattia accompagnata dal certificato prescritto dalla legge.

In caso di morte dell'operaio, che si ritenga causata da malattia professionale, i famigliari sono tenuti a denunziarla telegraficamente, entro 24 ore, all'istituto assicuratore. Il pretore, su richiesta dell'istituto o degli aventi diritto del defunto, può disporre che siano praticati riscontri diagnostici e l'autopsia del cadavere, per assistere ai quali le parti interessate possono delegare un medico. Anche in questo caso le spese vengono liquidate dall'istituto assicuratore nel modo più sopra indicato.

Particolari disposizioni stabiliscono gli obblighi dei datori di lavoro che impieghino operai in lavorazioni soggette ad assicurazione, in rapporto alla denunzia delle lavorazioni ed alle annotazioni da farsi nel libro matricola per gli operai addettivi.

Infine l'ultimo articolo del regolamento dispone che, per la trattazione di tutte le questioni di ca-

rattere medico e tecnico, inerenti alle malattie professionali, che il Ministero delle Corporazioni sottopone alla Commissione speciale permanente per la legislazione sul lavoro, l'assistenza, la previdenza sociale e la cooperazione, del Consiglio nazionale delle corporazioni (decreto del Capo del Governo 10 sett. 1932), sono chiamati a partecipare ai lavori della Commissione il direttore generale della Sanità pubblica, il Capo dell'Ispettorato medico corporativo, tre rappresentanti del Consiglio Superiore di Sanità e tre esperti particolarmente competenti in materia d'igiene industriale o di medicina del lavoro, nominati dal Ministro per le Corporazioni.

Coll'emanazione del regolamento la legge sull'assicurazione contro le malattie professionali è entrata in vigore alla data del 2 gennaio 1934.

A. FRANCHETTI.

La Sanità pubblica alla Camera dei Deputati.

La Camera dei Deputati ha approvato il bilancio del Ministero dell'interno, su relazione dell'on. De Martino, dopo una breve discussione.

L'on. Castellino ha posto in rilievo l'opera di redenzione e di resurrezione svolta dal Regime per assicurare al popolo italiano non solo l'orgoglio di appartenere a una Nazione forte, ma anche la felicità di costituire una stirpe sana, che, stretta intorno al Duce in un solo fascio di energie, procede con invincibile fede verso il suo avvenire.

Il fattore demografico si può dire soddisfacente rispetto a quello degli altri popoli. Bisogna por mente che la riduzione di natalità è correlativa alla riduzione di mortalità. Intanto le previdenze del Regime costituiscono, al riguardo, tutto un vasto piano di azione.

Ha rilevato che la classe medica italiana segue con passione le direttive del Regime e dà continue prove di dedizione al dovere, di cui un episodio significantissimo è stato l'eroico sacrificio dell'ostetrico prof. Triolo, morto nell'adempimento del dovere professionale. — Questo accenno ha destato un caldo applauso.

L'opera di tutela sanitaria è tanto più necessaria, in quanto la trasformazione della economia nazionale da agricola a industriale porta inconvenienti, con la conseguente diminuzione delle nascite anche nelle campagne, fenomeno che bisogna assolutamente sorvegliare, combattere ed eliminare.

Le sanzioni penali in proposito sono state giustamente rese più severe, ma occorre intensificare l'opera di propaganda e di prevenzione, ciò che può e deve esser fatto dai medici che servono devotamente il Regime nelle varie istituzioni, come l'Opera maternità e infanzia, l'Opera Balilla, ecc.

Ha segnalato l'attività grandiosa che svolge l'Ente Opere Assistenziali del Partito.

Ha concluso ricordando che in questi giorni si è data attuazione alla legge contro le malattie del lavoro, che dà al nostro operaio la sicurezza assoluta della tutela della sua salute. Così anche in questo campo il Regime va verso il popolo.

Il Sottosegretario all'interno, on. Guidi-Buffarini, per quanto riguarda i problemi d'ordine sanitario, ha assicurato l'on. Castellino che terrà conto delle sue raccomandazioni. Ha parlato della vasta opera del Regime per la maternità e l'infanzia e della « Giornata della madre e del fanciullo », durante la quale sono stati distribuiti in totale 24 mila premi di nuzialità, natalità ed allevamento, per un complessivo valore di circa 8 milioni.

Ha poi lumeggiato la grandiosa opera di risorgimento agrario e sanitario della zona pontina. Una nuova alta conquista di civiltà è compiuta in nome del Fascismo.

La tutela sempre più completa e totalitaria dell'igiene e della sanità pubblica, alla quale il Governo Fascista rivolge le sue più assidue cure, dà risultati tangibili ed importantissimi, dimostrati da quegli indici demografici, che sono le più sensibili e sicure prove dello stato della popolazione.

L'organizzazione locale dei servizi di assistenza sanitaria è seguìta dal Ministero dell'interno col più vigile interessamento, anche in relazione all'incremento che si verifica, di assistenze sanitarie, sulla base mutualistica ed assicurativa.

L'organizzazione della mutualità libera e professionale, che va estendendosi, a beneficio di quelle classi semi-abbienti delle categorie operaie e professionali, che non possono godere dell'assistenza sanitaria gratuita, si svolge generalmente su piani d'azione che possono interferire con le condotte mediche.

La collaborazione o le difficoltà fra le organizzazioni mutualistiche sanitarie e le condotte mediche possono trovare un comune limite discriminante, che è rappresentato dallo elenco dei poveri, in quanto esso segna il limite della attività sanitaria della mutua, da un lato, e della condotta medica, dall'altro.

Ciò stante, l'attenzione del Ministero è rivolta alla necessità di stabilire dei principî unitari e delle precise definizioni, in rapporto alle condizioni anzidette e alla opportunità di collegare e coordinare armonicamente i varî servizi assistenziali prestati dagli Enti autarchici con quelli delle mutue sanitarie.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARDINETO (*Savona*). — Scad. 31 gen.; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre L. 300 bicicletta e L. 500 uff. san., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BARENGO (*Novara*). — Al 25 gen., ore 11; 4ª condotta; L. 8000 e 5 bienni ventes., L. 3500 automob. se il titolare ne è effettiv. fornito, alloggio gratuito di 5 camere, cantina e locale per ambulat.; tassa L. 50; doc. a 4 mesi dal 23 dic.; ritenuta 12 %; servizio entro 10 gg.

BOLZANO. — Il Consorzio provinciale antitubercolare di Bolzano ha aperto il concorso, per titoli ed esami, a due posti di medico direttore delle Sezioni Dispensariali di Merano e Bressanone. Stipendio iniziale L. 13.200 con quattro aumenti quadriennali di L. 800 ognuno, al netto del 12 %. I concorrenti non debbono aver oltrepassato il 45° anno di età. Nessun limite di età è richiesto per coloro che occupano o hanno occupato, durante l'ultimo quinquennio, un posto di titolare, con regolare nomina, presso un altro Consorzio provinciale antitubercolare o presso servizi antitubercolari di istituzioni statali o parastatali. Per gli ex combattenti e per gli iscritti al P. N. F. anteriormente al 28 ottobre 1922 verranno applicati i privilegi di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo (in originale o in copia notarile) conseguito da almeno due anni alla data di apertura del concorso. È consentito il libero esercizio della professione. Scadenza 8 marzo 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Bolzano (Palazzo del Governo).

BRESSANONE. — (Vedere BOLZANO).

BULTEI (*Sassari*). — Scad. 28 feb.; consor.; lire 10.500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cav., L. 800 arm. farm., L. 1000 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CREVALCORE (*Bologna*). — Scad. 10 feb.; 4° reparto; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc.; ·leduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

GENOVA. *Municipio*. — Scad. 31 gen.; posto fuori ruolo di medico dei Dispensari Comunali per le malattie veneree; esami e titoli; nom. e conferme quadriennali; L. 4500 e c.-v.; riduz. 12 %. Rivolgersi Ufficio Personale.

GENOVA. *Opera Pia De Ferrari Brignole Sale*. — Scad. 15 feb.; primario dirigente l'ambulatorio medico negli Ospedali Galliera; L. 3000; tassa L. 50. Rivolgersi segreteria dell'O. P., Ospedale S. Andrea, via A. Volta 8.

MARCIANISE. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 28 mar.; medico chirurgo dell'Ospedale; L. 3500; chiarimenti dall'Amministraz.

MERANO. — (Vedere BOLZANO).

MILANO. *Istituto Naz. Vitt. Em. III per lo studio e la cura del cancro*. — Scad. 15 feb., ore 18; aiuto della Divisione med.-chirurg.; titoli ed esami; L. 12.000 oltre L. 1500 serv. att.; 3 aumenti decimo; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

MONTEBELLUNA (*Treviso*). *Ospitale Civile « Carretta »*. — Scad. 30 mar., ore 18; chirurgo primario; L. 10.000 non aumentabili; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. al 30 sett. Rivolgersi Segreteria.

MONTELEONE DI FERMO (*Ascoli P.*). — Scad. 1° aprile; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san. (provvis.), L. 2700 cavalc.; riduz 12 %; ai celibi riduz. L. 300; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MONTELEONE DI PUGLIA (*Foggia*). — Scad. 28 feb.; L 9000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

OMEGNA (*Novara*). — Scad. 2 febb.; zona C; lire 7000 oltre L. 1800 trasp., L. 500 ambulat.

Scad. 25 feb.; zona B; L. 7000 oltre L. 2000 trasp. Per i due posti indenn. famiglia; deduz. 12 %.

PERNATE. — (Vedere NOVARA).

PIACENZA. *Amministrazione Provinciale*. — Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica presso il Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 12.000 lordo delle trattenute di legge, aumentabile del decimo per 5 trienni ed un quinquennio, oltre l'indennità caro-viveri temporanea nella misura stabilita e sempre hè il nominato si trovi nelle condizioni volute dalle vigenti disposizioni; il tutto soggetto alla riduzione del 12 % di cui il R. Decreto 20-11-1930, N. 1491. La domanda, in bollo di L. 3, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità, condizioni, etc., possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi al Preside dell'Amministrazione Provinciale di Piacenza, debbono pervenire al Preside predetto non più tardi delle ore diciotto del 10 marzo 1934-XII.

QUINZANO D'OGLIO (*Brescia*). — Scad. 28 feb.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 500 bicicletta, addizionale L. 3 sopra il 20 % della popolazione; tassa L. 50.

ROMA. *Governatorato*. — Scad. 15 feb.; medico igienista di 2ª classe; L. 14.400 e quadrienni, eventualm. c.-v. e serv. att. L. 1690; promovibilità; riduz. 12 %, età lim. 25-35 a. al 31 dic.; biennio di assistentato (in seguito a concorso) in clin. med., chirurg. o pediatr. od in osped. di almeno 100 letti; tassa L. 50. Rivolgersi Protocollo della Ripartizione Iª, Campidoglio.

ROMA. *Opera Nazionale Invalidi di Guerra*. — Scad. 28 febb.; capo ufficio sanitario (Gruppo A); titoli; L 19.000 oltre L. 4576 serv. att.; aumenti; decurtaz. 12 %. Età lim. 45 a.; docum. a 3 mesi dal 5 genn. Chiedere annunzio alla Segreteria dell'Opera, Casa Madre del Mutilato, piazza Adriana, Roma.

SCICLI (*Ragusa*). — Scad. 15 feb.; 2ª e 3ª condotta; L. 9000 e L. 11.000; per la 3ª condotta L. 1500 cavalc.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

SIMAXIS (*Cagliari*). — Scad. 5 feb.; L. 9000 oltre L. 2000 cavalc., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %.

UDINE. *Ospedale Civile di S. Maria della Misericordia*. — Proroga al 31 marzo, ore 18, dei concorsi a 7 primari (1 medico, 1 chirurgo, 1 dermosifilopatologo, 1 otorinolaringoiatra, 1 oculista, 1 anatomopatologo, 1 radiologo), 5 aiuti (2 medici, 2 chirurghi, 1 radiologo) e 10 assistenti.

URBISAGLIA (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 15 feb.; L. 8000 e 2 quadrienni dec., oltre L. 2200 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; c.-v.; riduz.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti*. — Il concorso per posti di assistente straordinario è revocato; quanto prima sarà bandito nuovo concorso; i documenti già trasmessi saranno considerati validi.

VIGEVANO (*Pavia*). — Posto di Ufficiale Sanitario Consorziale. Abitanti 42.000. Scadenza ore diciotto del 28 febbraio 1934. Stipendio L. 12.000 con 5 aumenti quadriennali del decimo. Indennità ispezione e mezzi trasporto L. 6000 oltre diritti sanitari. Divieto dell'esercizio professionale. Età anni 45 salvo eccezioni di legge. Per maggiori schiarimenti rivolgersi a Vigevano oppure all'Ufficio Sanitario della Prefettura di Pavia.

ZEVIO (*Verona*). *Ospedale Chiarenzi*. — Proroga al 31 gen.; medico assistente. Rivolgersi Segreteria.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Concorso per Laureandi in Medicina.

L'Associazione Medica Italiana di Idro-Climatologia, Talassologia e Terapia Fisica bandisce anche per l'anno 1934 un Concorso a due premi fra laureandi in medicina e chirurgia di nazionalità italiana o delle Isole Egee o delle Colonie italiane, per tesi di laurea discusse nelle sedute d'esami di laurea del 1934, che illustrino con ricerche sperimentali qualche punto saliente della idrologia, climatologia, talassoterapia e terapia fisica e che siano dichiarate meritevoli di premio a giudizio inappellabile della Commissione scientifica dell'Associazione.

I due premi, da assegnarsi alle due tesi di laurea giudicate meritevoli, saranno di L. 1000 (mille) ciascuno.

Le tesi di laurea da presentare al Concorso, dovranno essere fatte pervenire in triplice copia, dattilografata, entro il 30 novembre 1934, al segretario dell'Associazione: prof. Celestino Gozzi, Milano, via Pascoli 37.

Le tesi inviate dovranno essere senza nome, contrassegnate da un motto, che sarà ripetuto su di una busta chiusa, nel cui interno sarà incluso l'indirizzo esatto dell'autore e l'indicazione della Università presso la quale la tesi è stata discussa.

I lavori presentati al Concorso restano di proprietà letteraria dell'Associazione che si riserva di pubblicarli o meno, *in extenso* o in riassunto, sulla « Rivista Italiana di Idro-Climatologia, Talassologia e Terapia Fisica ».

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla cattedra di patologia speciale medica di Pavia sono risultati i proff.: 1° Luigi Villa; 2° Enrico Greppi; 3° Luigi Condorelli. Il prof. Villa è stato confermato a Pavia, ove già era incaricato; il prof. Greppi è stato chiamato a Catania.

Alla cattedra di patologia chirurgica di Cagliari sono risultati i proff.: 1° Fedeli Fedele; 2° Latteri Saverio; 3° Putzu Francesco. Il prof. Fedeli è stato confermato a Modena, ove già era incaricato; il prof. Latteri a Cagliari; il prof. Putzu a Sassari.

Alla cattedra di anatomia umana normale ed istologia di Sassari sono risultati i proff.: 1° Fazzari Ignazio; 2° Bruno Giovanni; la Commissione non ha proposto il 3° candidato per la terna. Il prof. Fazzari è stato chiamato a Messina; il prof. Bruno a Sassari, ove trovavasi già come incaricato.

L'Associazione napoletana dei medici e naturalisti ha eletto presidente, in sostituzione del compianto prof. Giuseppe Pianese, il prof. Vincenzo Diamare.

Il dott. Donato De Vita e il figlio dott. Renato De Vita, di Roma, sono nominati rispettivamente commendatore nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro e ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia. Sentiti rallegramenti.

Il dott. cav. Salvatore Damaggio, direttore del Consorzio Prov. Antitubercolare di Ascoli P., per meriti di valore compiuti durante la guerra è stato recentemente dalla città di Schio insignito della medaglia d'oro per benemerenze eccezionali. Lo stesso è stato nominato commendatore della Corona d'Italia. Rallegramenti vivissimi.

NOTIZIE DIVERSE.

Al R. Istituto Lombardo.

Nel Palazzo di Brera di Milano ha avuto luogo la solenne inaugurazione dell'anno accademico 1934 del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere e per l'assegnazione dei premi dei concorsi indetti lo scorso anno. Erano presenti S. A. R. il duca di Bergamo e S. E. Arrigo Solmi, sottosegretario alla Educazione Nazionale.

Il sen. prof. Menozzi, presidente, fece la relazione morale dell'anno decorso.

Quindi il socio prof. Serafino Belfanti lesse la prolusione inaugurale sul tema « Miserie e grandezze della medicina ». L'oratore espose i varî criteri popolari e scientifici con cui l'arte medica fu giudicata e apprezzata attraverso i tempi in quanto, essendo la medicina scienza ed arte insieme, essa, oltre il contenuto scientifico e dottrinale, porta con sè la varia attitudine degli individui, che può essere molte volte fallace e decadente. Però sono tali e tante le conquiste della medicina nei secoli ed è animata da un tale spirito di progresso, che le sue benemerenze superano ben di molto le fallacità in cui ha potuto talvolta cadere. L'oratore fu molto applaudito.

Il premio di 2500 lire e medaglia d'oro della Fondazione Cagnola, per ricerche sperimentali sulla tubercolosi, è stato assegnato al dott. Ugo Bassi di Milano. È stato pure conferito un assegno di incoraggiamento di 1500 lire al dott. Bruno Borghi di Milano, e altro di 1000 lire all'avv. Antonio Ceni di Brignano d'Adda.

Furono conferiti anche altri premi.

All'Istituto "Regina Elena" di Roma.

Col 1° gennaio il R. Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori, è stato aperto al pubblico, sotto la direzione del prof. sen. Raffaele Bastianelli.

Gli « Ambulatori » sono predisposti per malattie medico-chirurgiche, con speciale riguardo alla diagnosi dei tumori in ogni sede.

Nello stesso Istituto si accolgono malati di ambo i sessi a carico dei Comuni a norma di legge, od a pagamento, in camere per uno, due e cinque letti. In esso si attuano tutti gli interventi del caso: chirurgici, fisici (radioterapici, radiumterapici) ed altri.

Gli ambulatori sono aperti tutti i giorni feriali dalle ore otto alle dieci (con ingresso dal viale dell'Università 38, angolo viale Regina Margherita).

L'Ospizio di Maternità di Ferrara.

La costruzione del nuovo padiglione ostetrico-ginecologico e della addetta Regia Scuola ostetrica presso il nuovo Ospedale è stata resa possibile da una vasta opera di collaborazione.

Il vecchio Ospizio di maternità, ritenuto inadatto allo svilupparsi dei servizi ai quali doveva provvedere, non poteva essere lasciato per deficienza di mezzi. Il prof. comm. Cesare Merletti, direttore dell'Ospizio stesso e della scuola, a facilitare il trasloco in uno speciale padiglione del nuovo ospedale, offerse un mutuo di lire 900.000 estinguibile in vent'anni e senza interessi, mentre l'amministrazione del Pio Ente offriva una parte considerevole di uno dei padiglioni nel quale esistevano molti ambienti inutilizzati.

Il progetto del nuovo padiglione, che amplia e rinnova la parte offerta dalla amministrazione ospitaliera, è opera dell'ing. Carlo Savonuzzi. Il padiglione contiene 125 letti dei quali 52 trovano posto nei locali del vecchio edificio, il resto nel nuovo.

Le sale dei professori, della biblioteca per gli scolari, del laboratorio delle ricerche, gli uffici completano il reparto operatorio e da parto, provvisti dell'armamentario più completo e più perfetto.

L'Ospedaletto infantile di Ancona.

L'Ospedaletto infantile, che si intitola al benefattore Gaspare Salesi, si è trasferito, nel maggio scorso, dalla vecchia sede di via Farina all'edificio nuovo sorto su un'area di oltre seimila metri quadrati in via Corridoni, in prossimità del monumento ai Caduti. Il fabbricato principale comprende quattro corsie con dieci letti ciascuna, quattro camere per malati gravi, dodici camere a pagamento, due sale operatorie, una sala di medicazione, una sala di ginnastica ortopedica, due grandi verande su un vasto giardino, oltre i locali accessori per i servizi generali. È stato inoltre recentemente ultimato un edificio a due piani per malattie infettive e contagiose. Il nuovo Ospedale infantile sarà completato con un'ala nel fabbricato principale, con altri due padiglioni di isolamento e un edificio destinato all'ambulatorio, alla osservazione, alla radiologia, alla terapia fisica, all'analisi e finalmente all'amministrazione e agli alloggi delle suore. La capacità attuale dell'Ospedaletto è di 100 letti: quella futura supererà i 150.

Diminuzione di cliniche a Vienna.

A causa delle difficoltà finanziarie attuali, il ministro dell'istruzione pubblica dell'Austria ha deciso di chiudere un certo numero d'istituti universitari.

Abbiamo già dato notizia della chiusura di una delle due Cliniche oto-rino-laringologiche: quella che era diretta da Hajek.

È stata chiusa anche una delle tre Cliniche ginecologiche, quella diretta da Halban.

Gli ospedali irlandesi e le lotterie.

Alcuni ospedali irlandesi protestano perchè le loro condizioni economiche sono molto peggiorate dopo l'introduzione delle famose lotterie a favore degli ospedali.

Tale è il caso della « Cork South Infirmary » che, come molti altri ospedali dell'Irlanda, nulla ha percetto dalle lotterie; al tempo stesso la beneficenza privata si è inaridita, perchè i filantropi pensano che non sia più necessario di provvedere agli ospedali. Intanto il numero dei ricoverati gratis è andato da una media di 60 ad una media di 120, non solo a motivo delle peggiorate condizioni generali, ma anche perchè molti credono che gli ospedali dell'Irlanda siano divenuti tutti ricchi e non intendono assolutamente di pagare. Il deficit dell'ospedale si accresce. Il ministro irlandese dell'igiene ha deciso di far compiere un'inchiesta.

Associazione francese di medichesse.

L'« Association française des femmes médecins » venne fondata nel 1924 e riconosciuta d'utilità pubblica nel 1931. Ha per scopo la difesa degli interessi corporativi e lo studio di problemi d'ordine generale; organizza regolarmente riunioni di studio, conferenze ecc. e pubblica un bollettino. Comporta socie aderenti (diplomate) e ausiliarie (studentesse). Per informazioni eventuali rivolgersi alla segretaria generale, M.me le Dr. Causse, rue des Saints-Pères 81, Paris (VIe).

Nella stampa medica.

Il prof. sen. Alessandro Lustig ha lasciato la direzione scientifica ed amministrativa de « Lo Sperimentale », affidatagli con pieni poteri 43 anni or sono. È noto come egli abbia saputo conferire grande lustro a questo periodico, formandone uno dei più importanti archivi italiani di medicina scientifica.

D'intesa con il prof. Giulio Chiarugi, superstite del Comitato di redazione, egli ora ha costituito una Fondazione, intitolata al « Lo Sperimentale », le cui rendite saranno destinate a sussidiare il periodico. Il Lustig ed il Chiarugi hanno messo a disposizione della Fondazione predetta la somma di lire 48.000, detratte le spese di stampa in corso.

Viaggio medico al Canadà.

Avrà luogo in occasione del venturo Congresso medico francese; partenza da Anversa il 18 agosto 1934 sull'« Empress of Australia »; il ritorno può essere effettuato con comodo (anche entro due anni) Prezzo dei viaggi d'andata e ritorno in 1ª classe e della dimora nel Canadà per i giorni del congresso, tutto compreso: 357 dollari canadesi (8500 franchi belgi incirca); con viaggi in classe turistica 257 dollari (6200 franchi belgi); è previsto un viaggio agli Stati Uniti, con tre itinerari (prezzi 169, 254 e 274 dollari). Rivolgersi a « Bruxelles-Médical », rue Belliard 141, Bruxelles, Belgio).

Per gli orfani dei medici morti in guerra.

Giorni or sono a tutti i medici d'Italia il Comitato Nazionale per l'Assistenza degli Orfani dei medici morti in guerra, ha spedito una serie di 12 cartoline che illustrano l'apostolato del medico in pace ed in guerra, ed una targa di benemerenza. In cambio si è richiesta l'offerta spontanea di L. 10 e migliaia e migliaia di medici hanno già aderito con sollecitudine. Molti ancor oggi pur trattenendo la serie di cartoline e la targa non hanno spedito al Comitato l'offerta di L. 10.

Il Comitato prega tutti i colleghi di voler aderire con sollecitudine evitando spese inutili che andrebbero a danno della nobile iniziativa, la quale tende a finanziare il bilancio dell'assistenza dei nostri 45 orfani dei medici morti in guerra, tuttora studenti di liceo, di università, delle accademie militari e quanto mai bisognosi di aiuto e protezione perchè possano conseguire il titolo di studio necessario alla propria difficile esistenza.

Le estreme onoranze al dott. Triolo.

Imponenti e pervase da un senso di profonda commozione, sono state le onoranze funebri che la cittadinanza di Roma ha tributato all'eroico dott. Gioacchino Triolo. Hanno inviato fiori S. M. la Regina e il Duce. I cordoni erano retti dagli on. Pestalozza, Morelli, Moretti e dal prof. Busi. La salma è stata accompagnata da una folla di rappresentanze e di ammiratori del Triolo.

L'on. Morelli ha disposto che una sala della « Casa del Medico », sia intitolata al nome dell'Estinto.

Le tariffe telefoniche per i medici.

L'Associazione internazionale dei medici ha condotto un'inchiesta, su questo soggetto, in varî Paesi. In generale non sono risultate differenze rispetto alle tariffe consuete. In Austria però i medici fruiscono di una riduzione del 15 % nelle città ove la tariffa è a quote mensili, e del 35 % in quelle ove si paga secondo la durata delle comunicazioni. A Cuba, invece, s'impone ai medici una sopratassa mensile di 2 dollari sulla quota normale. In Inghilterra i medici sono assimilati alle case industriali e perciò corrispondono più dei privati, se il pagamento si effettua a trimestri.

In Italia la Società Telefonica Tirrena fa una distinzione tra le abitazioni di professionisti che non vi abbiano studio o gabinetto di consultazione, e studi professionali, anche se eserciti nelle abitazioni: la tariffa è molto più elevata nel secondo caso (a Roma L. 575 e L. 1070 rispettivamente; crediamo che le stesse tariffe valgano per le altre grandi città). Si afferma che a Milano una cinquantina di medici hanno rinunziato al telefono, dichiarando che la spesa è troppo forte per le loro disponibilità finanziarie.

L'esercizio delle farmacie.

Con recente decreto è stato disposto che il termine 31 dicembre 1933 previsto dal decreto 3 maggio 1933 sull'esercizio delle farmacie è prorogato fino al 31 marzo 1934-XII. L'efficacia di detta proroga si estende al periodo intercorrente tra il 1° gennaio 1934 ed il giorno di entrata in vigore del presente decreto.

Azione giudiziaria.

Il dott. Lhuerre, medico principale nell'Assistenza Medica dell'Africa Occidentale francese, vicedirettore della Scuola medica di Dacar, era stato destinato nell'Alto Volta. Impossibilitato ad accettare, aveva chiesto la messa in disponibilità; ma il Governatore Generale, con due decreti successivi, sospese lo stipendio al medico e dichiarò questi dimissionario: donde un ricorso al Consiglio di Stato, il quale ha ora reintegrato il dott. Lhuerre, riconoscendo che egli aveva diritto a chiedere e ottenere l'aspettativa senza stipendio; che, per di più, i provvedimenti adottati nei suoi riguardi, non erano stati preceduti dalle formalità legali; ha dichiarato nullo il secondo dei due decreti sopra citati.

Un po' dovunque.

La Società francese di patologia comparata si è adunata a Parigi il 12 dicembre e seguenti; la seduta inaugurale venne presieduta dal prof. Roussy, decano della Facoltà di medicina.

Dal 23 al 26 ottobre si sono adunati a Bucarest due congressi di oto-rino-laringologia: il 2° interbalcanico e l'11° romeno; tutt'e due sono stati presieduti dal dott. Oresco, decano dei laringologi romeni. Si sono svolti nella sede dell'Associazione generale dei medici di Romania.

Il 19 dicembre si è riunita a Londra la Società eugenica britannica.

Si è adunata il 17 dicembre la Sezione Lombarda della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi, sotto la presidenza del prof. L. Zoja. Furono fatte comunicazioni dai dottori G. Silvano, prof. G. Ronzoni, P. Mannucci, V. Baroni, M. De Benedetti.

La Società Piemontese d'Igiene (Sezione dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene) si è adunata il 16 dicembre, sotto la presidenza del prof. A. Bormans assistito dal segretario prof. C. F. Cerruti. Furono fatte comunicazioni dai soci G. F. Ferria, U. di Aichelburg, U. Boffa.

L'Accademia Medico-Chirurgica del Piceno si è adunata ad Ancona il 9 dicembre. Furono fatte comunicazioni dai soci A. Caucci, P. Fiorentini, G. Tonnini, G. Peli, L. Mami, A. Celiberti.

Corsi complementari d'igiene pratica sono annunziati a Modena ed a Pisa a partire rispettivamente dal 1° febbraio e dal 1° aprile, per la durata di un bimestre; tassa L. 300; modalità consuete.

Il prof. Domenico Taddei, nuovo titolare della cattedra di clinica chirurgica nella R. Università di Firenze, ha tenuto il 10 gennaio la sua prolusione, concernente il tema: « Il problema dell'appendicite cronica » (la riporteremo integralmente, in ragione dell'interesse che presenta, in un prossimo numero).

Il prof. Enrico Greppi, nuovo titolare della cattedra di patologia medica alla R. Università di Catania, ha tenuto la sua prolusione, trattando in modo magistrale dell'ipertensione arteriosa.

L'Ospedale Johns Hopkins di Baltimora ha ricevuto un'assegnazione annua di 1600 dollari (circa 20.000 lire it.), da conferire agli autori dei migliori lavori sulla terapia del cancro; di più 15.000 dollari (circa 180.000 lire it.) verranno offerti a chi troverà un metodo efficace per la cura del cancro.

Il « Consiglio Nazionale delle Ricerche » degli Stati Uniti ha assegnato, all'Università di Chicago, 21.000 dollari (pari a circa 252.000 lire it.) per studî sul sesso; la somma va così divisa: 8000 dollari per ricerche sulla biochimica degli ormoni sessuali, sotto la direzione di F. C. Koch; 13.000 dollari per ricerche sulla biologia del sesso, sotto la direzione di F. R. Lillie.

Il dott. Charles Slater ha donato all'Ospedale San Giorgio di Londra la somma di 10.000 sterline, pari a circa 620.000 lire it., per la costruzione di un nuovo laboratorio clinico; intanto gl'interessi della somma verranno destinati al funzionamento del laboratorio attuale.

La costruzione dell'Istituto per la lotta contro il cancro a Praga sarà realizzata quest'anno, grazie ad un intervento decisivo del presidente della Repubblica.

Il « Credito czecoslovacco » ha votato 12 milioni e mezzo di corone per la continuazione dei lavori dell'Ospedale Bulovka a Praga.

Il prof. Cloris Vincent di Parigi ha inaugurato il suo servizio medico-chirurgico per il trattamento dei tumori cerebrali, nell'Ospedale della Pietà.

Si è inaugurato a Versaglia un centro cardiologico annesso all'Ospedale.

È stato inaugurato a Parigi un monumento al prof. Hutinel.

Nella Louisiana (Stati Uniti) l'Ufficio amministrativo degli ospedali gratuiti (Charity Hospitals)

ha chiesto al Comitato per le opere pubbliche un fondo di 9.600.000 dollari, per costruire un nuovo grandioso ospedale, previsto di 26 piani. I rappresentanti di 6 ospedali privati di St. Louis hanno elevato delle proteste motivate, alle quali ha aderito la Società medica locale. Si è osservato, tra l'altro, che basterebbe sovvenzionare i piccoli ospedali privati della provincia, per far posto con facilità ad altri 400 pazienti.

Ad iniziativa del duca di York, il giorno 24 maggio sarà destinato in tutto l'Impero britannico ad una campagna per la lotta contro il cancro. I fondi raccolti saranno esclusivamente destinati a ricerche scientifiche.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha commemorato in seduta solenne il centenario di Carlos Finlay.

All'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires sono stati solennemente commemorati Roux e Calmette; alla cerimonia intervenne il presidente della Repubblica.

L'on. Costantino Angelesco, nominato presidente del Consiglio dei ministri della Romania in sostituzione dell'on. Giovanni Duca, rimasto vittima di un attentato, è dottore in medicina ed è stato interno negli ospedali di Parigi.

In seguito agli incidenti di cui demmo notizia, avvenuti nel concorso per l'esternato degli Ospedali di Marsiglia, la « Commissione degli ospizi » ha preso varie misure, tra cui l'annullamento dell'esame di anatomia e l'espulsione di quattro candidati, per infrazione della disciplina.

Il dott. Attilio Sartori, da Genova, di anni 43, è rimasto ucciso insieme ad una cliente nel proprio gabinetto, riscaldato da una stufa a gas e da una a petrolio, a causa del cattivo funzionamento di una di queste.

Indice alfabetico per materie.

Amebiasi: cura . . . . Pag. 112
Anemie: questioni d'attualità . . . . . » 108
Angina pectoris d'origine gastrica . . . » 107
Artriti croniche luetiche . . . . » 108
Ascessi epatici . . . . » 85
Assicurazione obbligatoria c. le malattie profess.: regolamento . . . . » 115
Bibliografia . . . . » 105
Brucellosi: ricerche . . . . » 109
Capillari: prova di resistenza . . . . . » 113
Cisti idatidea del fegato rotta nell'addome . . . . » 102
Colite ulcerosa grave: emosieroterapia . » 112
Diabete: terapia dietetica . . . . » 113
Diarree dei poppanti: trattam. . . . . . » 112
Duodeno: adenomatosi miliare . . . . » 110
Emoinnesti: valore . . . . » 98
Emorragia subaracnoidale spontanea . . » 101
Emorroidi: trattam. delle emorragie . » 113
Epispadia ed enuresi ureterica nella donna; terapia chirurgica . . . . . . » 107
Ernia mesocolica media . . . . » 111
Fistole bronco-biliari consecutive alla litiasi . . . . » 102
Fratture multiple delle ossa facciali . . » 108
Gastriti: trattamento . . . . » 112
Infezioni acute: azione dell'ormone corticale . . . . » 83
Intestino: cisti gassose . . . . » 110
Intestino: invaginazioni acute nei bambini ridotte col clisma opaco sotto lo schermo . . . . » 112
Intestino tenue: traumi . . . . » 110
Iperglicemia, splancnici e surrenali . . » 113
Iperparatiroidismo pseudo-osteomalacico » 114
Ipertensione cerebrale: attacco . . . . Pag. 99
Ipertensione endocranica traumatica e sua cura . . . . » 100
Isterectomia: sequela . . . . » 107
Miasi da « Lucilia caesar » e dermatite vegetante degli arti inferiori . . . . . » 109
Occhi: affezioni da tintura delle sopracciglia . . . . » 114
Onde corte in terapia . . . . » 104
Orina: ricerche . . . . » 108
Paratiroidi: cómpito . . . . » 113
Peritonite biliare . . . . » 103
Pleurite tubercolare: caratteri clinici differenziali in rapporto ai varî momenti dell'infezione . . . . » 91
Pneumotorace terapeutico abbandonato; ripresa . . . . » 108
Prostata ipertrofica: trattamento transuretrale . . . . » 109
Prostatectomia: sequela . . . . » 109
Sanità pubblica alla Camera . . . . . . » 116
Sciatica: reflessoterapia . . . . » 114
Sierodiagnosi della sifilide in gravidanza » 107
Sifilide: reinfezione . . . . » 109
Stenosi intestinale consecutiva ad ernia strozzata . . . . » 107
Stomaco: emangioma . . . . » 110
Stomaco: emorragia profusa: trattam. chirurgico . . . . » 111
Surreni: ricerche . . . . » 108
TADDEI D. . . . . » 96
Tromboflebite migrante . . . . » 107
Ulcera gastro-duoden.: fisiopatologia e scelta del metodo chirurgico di cura » 111
Vaccinazioni antitubercolari . . . . . . » 116

C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 29 Gennaio 1934 - XII Num. 4

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Prolusioni: D. Taddei: Il problema dell'appendicite cronica.
Lavori originali: V. de Antoni: Variazioni della « Brucella melitensis » nel malato.
Note e contributi: D. Bettini: Primi risultati di terapia della tubercolosi laringea con estratti tiroidei.
Osservazioni cliniche: N. G. Fanelli: Contributo alla conoscenza della apoplessia reumatica.
Sunti e rassegne: ORGANI DIGERENTI: P L. Drouet: Il trattamento dell'ipercloridria e dell'ulcera gastroduodenale con l'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi. — R. Bernard: Il drenaggio del tenue nell'ileo paralitico e nelle occlusioni. — Menegaux: Gli accidenti gravi della rettoscopia. — TISIOLOGIA: A. Castelli: L'eredità nell'infezione tubercolare. — I. Fischer: L'infiltrato precoce. — Longo: Contributo allo studio dell'ernia del mediastino in corso di pneumotorace artificiale. — MISCELLANEA: J. Castaigne, F. Françon e R. Merklen: Nuove vedute sull'etio-patogenesi della malattia reumatica. — W. Evans, C. Hoyle: Studio comparativo sul valore delle droghe usate nel trattamento continuato dell'angina pectoris. — A. C. Sharp: Il riflesso di Ligat nella diagnosi delle affezioni addominali.
Divagazioni: L. Singer: La stagione e le malattie.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Reale Accademia dei Fisiocritici di Siena.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: L'emicrania biliosa. — Il trattamento della neurastenia. — Il trattamento dello « stato epilettico ». — La cura della sciatica. — L'opoterapia nella sclerosi a placche disseminate. — Oftalmie e pseudo-oftalmie dei neonati. — NOTE DI RADIOLOGIA: L'indagine radioscopica e radiografica nella tubercolosi polmonare. — Ricerche sperimentali sullo studio delle articolazioni mediante l'introduzione di liquidi opachi. — La ricerca dei calcoli renali per mezzo della radioscopia. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Nella vita professionale: Servizi igienico-sanitari. — Medicina sociale. — Cronaca del movimento professionale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Nostre corrispondenze: Da New York. — Da Milano.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

PROLUSIONI

Il problema dell'appendicite cronica (*).

Prof. D. TADDEI

direttore della R. Clinica Chirurgica Generale di Firenze.

Il salire alla cattedra, dalla quale per tanti anni tanto fulgore di sapere, di pratica chirurgica, di buon senso clinico ha emanato per opera del non mai abbastanza compianto mio Maestro Enrico Burci, è per me causa di commozione profonda.

In primo luogo perchè la possibilità di salirvi è venuta dalla perdita irreparabile di un maestro, che ancora alcuni anni fecondi poteva avere prima di raggiungere il meritato riposo.

Il lutto di tale perdita, che è lutto della Chirurgia mondiale, della Chirurgia Italiana e della Università di Firenze in particolare, è per me lutto irreparabile, perchè ho perduto non solo il maestro, ma l'amico, non solo chi mi ha sostenuto nella prima conquista della mia posizione accademica, che culmina oggi nell'ascensione a questa cattedra, ma che mi ha prediletto come un padre e che, anche negli ultimi dolorosi momenti della sua vita mi ha desiderato come successore suo in questa scuola, che Egli aveva portato a sì alto fastigio.

La mia commozione profonda viene poi dal fatto che io ritorno dopo 20 anni alla Clinica, dove in buona parte si è fatta la mia fondamentale educazione chirurgica, dove sono stato Assistente ed Aiuto, dove ho iniziato la mia attività scientifica, didattica ed operatoria ed una ridda di ricordi si affollano nella mia mente.

E non posso nascondere il dispiacere di avere lasciato la pluri-centenaria Università di Pisa, e quella Facoltà medica, di cui non so più se lodare il valore degli scienziati che la compongono o la cordialità dei Colleghi, che mi offrirono in occasione della mia partenza manifestazioni, forse andate anche al di là del comune, e di avere lasciato quella Clinica, ricca di così alte tradizioni, magnifica materialmente, dove per 13 anni si è svolta in mezzo ad una eletta e numerosa e fattiva schiera di

(*) (Prolusione ai corsi di Clinica Chirurgica, Semejotica e Medicina Operatoria nella R. Università di Firenze, tenuta dal prof. D. TADDEI il giorno 10 gennaio 1934-XII nell'Anfiteatro di Anatomia normale).

allievi, la mia attività chirurgica, e la mia opera didattica, di fronte a scolaresche, che sempre mi hanno seguìto con diligenza e con disciplina, costantemente dimostrandomi la loro benevola simpatia ed il loro gentile attaccamento.

Questa ultima ragione nostalgica di commozione, è però compensata dalla soddisfazione viva e dall'onore grandissimo di entrare a far parte di questo glorioso Studio Fiorentino, di questa Scuola di S. Maria Nuova, così ricca di tradizioni e di Maestri, di questa Facoltà Medica, dove ogni cattedra è tenuta da uomini, che sono ciascuno una illustrazione della scienza italiana.

A questi nuovi colleghi, dei quali alcuni già compagni di assistentato dal 1903 al 1913, i quali con unanimità di consenso, mi vollero qui a continuare l'opera del Maestro, esprimo il più vivo, il più sentito, il più sincero sentimento di gratitudine. E ad Essi, come a questa gentile città di Firenze, bella fra le più belle, gloriosa fra le più gloriose, ospitale tra le più ospitali, esprimo il proposito di seguitare a dare tutta l'opera mia, tutto il mio entusiasmo, tutta la mia vita per raggiungere il meglio possibile i frutti magnifici, che può dare la pratica chirurgica moderna da questa Clinica gloriosa, che presto per l'iniziativa e l'impulso del Regime fascista è destinata a rinnovarsi in ambiente nuovo e più grande.

Non posso dimenticare ancora di rievocare il grato ricordo delle Università e delle Facoltà, che prima di Pisa e di Firenze hanno segnato le tappe della mia carriera universitaria: Perugia, Cagliari, Siena e specialmente Perugia e Siena, dove non solo i colleghi, ma la cittadinanza tutta mi hanno date così grandi e memorabili prove di stima e di affetto.

Ancora una parola amorosa di riconoscenza debbo rivolgere ai miei nuovi e già a me cari assistenti ed allievi, che hanno dimostrato di attendermi con così viva simpatia: Se io riuscirò a trasfondere in loro l'entusiasmo, che si deve portare alla Clinica, allo studio del malato, a far loro comprendere la grandezza dei benefici che la Chirurgia può dare nella lotta contro la infinita sofferenza umana, io ne godrò, come del più ambìto compenso. Voi diminuirete, ne sono certo, il rimpianto di quelli che ho lasciato, se mi seguirete con uguale austera disciplina, con quell'amore che è animato dalla vostra balda giovinezza e dal vostro desiderio di sapere.

Prima di entrare a trattare brevemente l'argomento, che ho scelto per questa prolusione, io debbo rivolgere il mio pensiero, che è il vostro, che è quello di tutti gli Italiani, al Rinnovatore dell'Italia nuova. Sotto nessun migliore auspicio che non sia il nome del Duce, di cui tutti ci gloriamo di seguire fedelmente le vie che ci addita: la via del lavoro, la via del dovere e quella della disciplina, non sarebbe possibile iniziare l'opera nostra, coll'intento di riuscire ad essere, oltre che i migliori professionisti, i migliori Italiani, ciò che equivale a dire i migliori gregari del Regime fascista.

Con vivo orgoglio tutti noi ricordiamo le meravigliose parole, che riassumono le nostre ansie e le nostre vittorie, dette dal Duce in Campidoglio, a noi chirurghi all'inaugurazione del Congresso della Società Internazionale di Chirurgia a Roma nel 1926: « Con polsi fermi, con mani sapienti, con stoici cuori, con lucidi e freddi cervelli, voi avete a poco a poco strappato all'insidia del male la maggior parte dei più oscuri territori del corpo umano ».

*
* *

Nelle altre mie prolusioni, seguendo l'abitudine di molti, avevo cercato di trattare temi generali, che potessero interessare anche i profani della medicina e della chirurgia.

Ho creduto oggi invece miglior cosa di scegliere un tema medico e chirurgico insieme, di importanza scientifica e pratica eccezionale, su di un problema ancora controverso ed in evoluzione, nonostante l'enorme ricchezza di esperienza clinica e di dottrina relativa, che solo lentamente ma progressivamente va lumeggiandosi.

Sulla mole enorme di giudizi più che di contributi sperimentali e di reperti anatomici precisi nella moderna letteratura sull'argomento e sulla base della mia esperienza personale ho creduto che non fosse fuori di luogo rimettere ad una discussione spassionata e serena questioni in gran parte cliniche, alle quali ho già cercato di portare vari contributi personali. Esse coinvolgono non solo la condotta, ma il prestigio e la coscienza del medico e del chirurgo di fronte ad una straordinaria quantità di sofferenti della metà destra del ventre.

È noto che la grande maggioranza di sofferenti del ventre, e specialmente di quelli, che possono presentare indicazioni chirurgiche, sono colpiti da affezioni, che hanno sede nella metà destra del ventre, dove esistono organi come l'antro gastrico, il colon ascendente, il cieco, l'appendice, ecc., per varie condizioni anatomo-fisico-patologiche disposti ad ammalare.

Ci sono affezioni di tali organi, che presentano quadri anatomo-patologici e clinici ben netti: accanto a casi tipici e sicuri ci sono, è vero, casi atipici di colelitiasi, di ulcera gastrica o duodenale, di appendicite, ecc., che presentano talora difficoltà diagnostiche notevolissime: ma nella grande maggioranza di casi possediamo una semejotica ed una diagnostica differenziale, che, se non permettono talora di arrivare al giudizio più esatto, permettono però di inquadrarli in un campo nosologico ben definito.

Esiste però una serie di manifestazioni cliniche prevalenti, se non esclusive della metà

destra del ventre o, come si dice oggi, con parole più dinamiche, dell'addome destro, che si riuniscono sotto l'etichetta diagnostica di: Appendicite cronica.

Da tale nome si intendono escluse tutte le forme infiammatorie dell'appendice, che costituiscono il quadro dell'appendicite acuta o che lo seguono: forme recidivanti, forme guarite, forme atipiche, ecc.

Le osservazioni, che oggi ho l'onore di esporvi, si riferiscono solo a quel quadro clinico mal definito con sofferenze vaghe multiple, per quanto prevalenti nella metà destra del ventre, a inizio subdolo ed impreciso, che decorre in modo cronico, talora con tregua e con riprese, e che da un notevole numero di medici e di chirurghi viene definito con il nome o meglio con l'etichetta di: *Appendicite cronica ab initio* o *d'emblée*.

Questa denominazione corrisponde esattamente alla sede ed alla natura del male?

Esiste veramente una appendicite cronica senza lesioni di altri organi e specialmente del cieco e del colon, senza sintomi acuti o subacuti, iniziali o intercorrenti?

Le dimostrazioni anatomiche macro- e microscopiche date ne affermano la esistenza sicura?

Ammesso che indipendentemente da ogni altra lesione esista l'appendicite cronica *ab initio*, esiste veramente poi una sindrome clinica, che permetta di poter essere differenziata dalle altre sindromi numerose, che in questi ultimi anni specialmente chirurghi e radiologi hanno creduto di individuare?

Tutti questi quesiti relativi all'appendicite cronica involgono non solo un enorme capitolo di semejotica, di clinica, di tecnica chirurgica, ma un campo di eccezionale importanza scientifica e pratica.

Non di rado succede al chirurgo, che interviene con diagnosi di appendicite cronica, di trovare una appendice sana o con lesioni macroscopiche così piccole e discutibili da dubitare che sia malata: l'esame degli altri organi del ventre praticato con incisioni sufficientemente ampie od ampliate durante l'intervento o fa riscontrare altre affezioni, alle quali fino a pochi anni fa non si attribuiva valore patologico o non erano considerate (ad es.: membrane pericoliche, cieco mobile, ecc), oppure non permette di rilevare alcuna lesione.

In questi casi o l'intervento si limita alla semplice esplorazione, o si pratica un'appendicectomia, evidentemente inutile, se la causa del male era altrove o più estesa, oppure si curano le altre condizioni riscontrate, più o meno sufficienti a spiegare i fenomeni clinici.

Non è chi non veda la gravità di tale problema per la coscienza di un chirurgo onesto: non è chi non capisca quanto dolorosa debba essere la sua intima confessione di ignoranza o di errore e quanto deprimente possa essere il confermare poi a distanza di tempo l'inanità dell'opera sua.

Purtroppo l'ablazione di un'appendice libera e facile ad essere tolta, è un'operazione alla portata di ogni modesto chirurgo, solo che conosca e pratichi le elementari regole dell'asepsi moderna.

L'appendice, anche a diagnosi errata, si trova sempre una volta aperto il ventre, come si può trovare un rene da fissare, uno stomaco ed un digiuno da anastomizzare, una cistifellea da esportare, anche se questi organi sono sani o potrebbero essere conservati.

Il lasciare la decisione operatoria al seguito della esplorazione laparotomica è un regresso chirurgico. La laparotomia esplorativa, per quanto relativamente innocua, deve essere dall'illuminato chirurgo moderno praticata solo in via eccezionale, quando cioè sia in modo assoluto impossibile la diagnosi coi numerosi e ricchi mezzi semejologici, che oggi possediamo, ed esista la necessità di risolvere il problema altrimenti insolubile.

Non è la laparotomia, come si dice l'apertura di un libro chiuso che si apre per leggervi dentro, ma la manomissione di uno scrigno suggellato.

Quando, nonostante l'appendicectomia i pazienti continuano a presentare disturbi (secondo Paolucci dal 30 al 50 per cento: io direi molti di più), specialmente se al primo intervento esplorazione completa non fu fatta, non è raro che essi siano sottoposti ad altre operazioni successive e spesso senza alleviamento delle loro sofferenze.

Fino dai primi tempi della individualizzazione dell'appendicite dalle vecchie concezioni della tiflite e della peritiflite, Dieulafoy scrisse parole vivaci, autorevoli e precise sulla necessità di differenziare l'appendicite dalla colite, per eliminare l'« indomani doloroso della appendicectomia ».

Il problema successivamente è andato sempre più complicandosi a mano a mano che medici chirurghi e radiologi hanno messo in evidenza altre affezioni dell'addome destro, prima misconosciute.

I trattamenti relativi proposti e attuati sono purtroppo spesso illogici in confronto della realtà vera, mentre sembrano o possono sembrare logici solo dal punto di vista limitato sotto il quale si considerarono i fatti.

Darò qualche esempio: pensando che i sintomi clinici siano dovuti ad ectasia del cieco, si è cercato di ridurlo di volume: ritenendo che i sintomi siano dovuti alla sua mobilità, lo si è fissato: ammettendo che i sintomi stessi siano dovuti a ristagno cieco-colico, si è cercato di favorirne lo scarico con anastomosi o, con criteri più americanamente radicali, a praticare delle esportazioni parziali o totali del colon.

Se la causa del male era giustamente interpretata, i risultati ottenuti furono e sono ottimi: il contrario, se non erano quelle le cause, che si erano ritenute giustificative per parte del malato di sottoporsi ai rischi di un inter-

vento e per parte del chirurgo di svolgere un programma di cura apparentemente logico e magari originale.

Il problema ha anche un'enorme importanza per il medico pratico, che nel massimo numero dei casi è colui che assume la responsabilità della decisione di inviare o no il malato al chirurgo.

* * *

Nella breve discussione, che intendo fare su vari aspetti del problema, vengono in primo luogo alcuni punti relativi alla Anatomia patologica della cosidetta appendicite cronica.

L'esame anatomico macro- e microscopico *ha* valore assoluto per affermare che esiste appendicite quando evidenti sono le lesioni a tipo infiammatorio, degenerativo o necrotico o ai reliquati loro: aderenze, tessuto di granulazione o cicatriziale, obliterazione del lume, ascessi o residui di questi, infiltrazioni infiammatorie, reazioni istiocitarie, ecc.

Invece si considerano dagli interventisti come appendicitiche anomalie di forma, di posizione, di lunghezza, di calibro, pallore o iperemia, presenza o no di un contenuto o di scibale fecali, ecc.

Quando l'appendice è all'esame grossolano apparentemente del tutto normale, si sono invocati come flogistici reperti microscopici rappresentati da diminuzione o atrofia delle ghiandole mucose, da iperplasia o da aplasia dei follicoli e in genere del tessuto linfoide, da ipertrofia o da atrofia della tunica muscolare, da dilatazione o da restringimento del lume, da scarsa o da abnorme vascolarizzazione, da presenza di emorragie, da aumento o da variazioni del tessuto elastico, da modificazioni di volume e di disposizione delle cellule dei plessi nervosi.

Se si considera che l'appendice è un organo di involuzione, che può presentare, pur restando nei limiti della sua normalità e senza dare alcun risentimento patologico, le più svariate condizioni di sede, di direzione, di forma, di calibro, le più svariate particolarità relative agli elementi, che ne costituiscono le pareti ed il contenuto. Se si considerano le lesioni operatorie e specialmente vascolari nelle appendici esportate; se si considera che, di fronte alla abbondanza di tessuto linfoide, che entra nella sua costituzione, non è facile sempre distinguere quello che è disposizione fisiologica da quello che è infiltrazione patologica, si deve concludere alle difficoltà, anzi talora all'impossibilità di definire in un grandissimo numero di casi di appendici apparentemente sane o con lievi deviazioni dalla norma, l'esistenza reale di processi infiammatori in atto o pregressi.

Ma, ammesso pure che in un certo numero di casi esistano appendici con lesioni solo microscopiche sicuramente infiammatorie o che quei reperti, che ho sopra forse incompletamente elencato, si debbano (ciò che non è) considerare come infiammatori, l'esame limitato dell'appendice non basta a risolvere il problema.

Nel quadro della cosidetta appendicite cronica, dove tanti sintomi esistono fuori del campo appendicolare, è necessario, perchè l'appendicectomia sia giustificata, che sia definito in modo assoluto che altre lesioni nel ventre o magari solo nell'addome destro non coesistano. Se si trovano come spesso succede (nella mia statistica personale nei tre quarti dei casi) insieme: cieco mobile, membrane pericoliche certamente congenite, aderenze peritoneali lontane o lesioni di altri organi più distanti, quale valore può darsi all'appendicectomia se non è dimostrato in modo perentorio che essa sia isolatamente primitiva?

Basta notare il numero enorme di individui affetti da affezioni, che pure in un certo numero di casi sono concomitanti con le sicure appendiciti, e particolarmente colecistite, ulcera gastrica o duodenale, guariti da chirurghi di tutto il mondo con le operazioni semplicemente dirette alla cura di dette lesioni, senza praticare l'appendicectomia, quando questa non presentava segni patologici evidenti, e mancavano quindi i sintomi clinici corrispondenti.

L'affermazione di Leotta che la flogosi partita dall'appendice e quivi guarita prosegua il suo evolvere in organi lontani abbisogna di dimostrazione.

Ma è specialmente la colite cronica, di cui prevale quasi sempre la sintomatologia nel quadro della cosidetta appendicite cronica, che rende dubbio il valore dell'appendicectomia sistematica nelle appendiciti dette microscopiche. Togliere l'appendice malata, quando non si possa escludere che essa lo sia secondariamente alla tiflocolite, è un non senso chirurgico.

Orbene questo studio dell'esistenza di lesioni infiammatorie tiflocolitiche croniche nelle cosidette appendiciti croniche non è stato fatto finora, almeno in modo esauriente, che io sappia. Alcune osservazioni inedite mie depongono per la frequenza di tale coesistenza nei pochissimi casi, nei quali si possono trovare lesioni croniche *ab initio* sicuramente infiammatorie dell'appendice.

Finchè con osservazioni multiple non sarà rischiarato questo punto, non si può parlare di convenienza dell'appendicectomia nelle forme croniche d'emblée, nè di appendice punto di partenza di infezioni capaci di dare colecistiti, ulcere gastro-duodenali, ecc., che potrebbero invece con più verisimiglianza partire dal colon.

La eventuale dimostrazione di coesistenza di tiflite o di colite cronica in molti casi basterebbe a spiegare la persistenza della sintomatologia in tanti appendicectomizzati.

Anche studiando le vie linfatiche del seg-

mento ileo-cecale, pure ammettendo secondo le recenti ricerche di Ottaviani e di Rindone della scuola di Leotta (*Morgagni*, 19-XI-1933) confermanti del resto nozioni classiche che esistano connessioni di queste con i linfatici degli organi del distretto superiore dell'addome (duodeno, stomaco, pancreas, vie biliari estraepatiche) non si deve dimenticare che queste convergono a linfonodi comuni e cioè tanto quelle del tratto destro del colon trasverso del colon ascendente e del cieco, quanto quelle dell'appendice si portano, seguendo i vasi sanguigni, ai gangli ileo-cecali per proseguire poi lungo il decorso dell'arteria mesenterica superiore. Quindi ogni processo infiammatorio, che si diffonda per via linfatica, può avere il suo punto di partenza da un tratto qualunque del colon destro (della ultima ansa del tenue ai 3/4 destri del colon trasverso) e non si può affermare in modo sicuro che provenga dall'appendice o solo da questa.

*
* *

Il secondo punto della questione e non meno importante è quello Clinico. Bisogna che consideriamo in primo luogo se la sindrome descritta come caratteristica dell'appendicite cronica *ab initio* sia differenziabile dalle altre numerose sindromi, che possono essere date da affezioni degli altri organi dell'addome destro.

Il campo è enorme e dovrò necessariamente essere succinto e limitarmi solo ad osservazioni fondamentali.

La sindrome descritta per l'appendicite cronica, come la sindrome addominale destra, è delle più vaghe: dolori a sede addominale destra, dolorabilità appendicolare, cecale, colica, paraombelicale, epigastrica, stipsi o stipsi alternata con diarrea, disfunzioni genitali nella donna, oltre a sintomi extraaddominali e generali.

Basta considerare in quante forme borbose del ventre e anche non del ventre si abbiano tali sintomi.

Mi fermerò brevemente solo sul sintoma, che dovrebbe essere il più caratteristico: il dolore nel punto di Mac Burney o in uno degli altri numerosi punti appendicolari descritti. Tale sintoma preso a sè ha un valore clinico minimo o nullo. Il limitarsi a ricercare solo questi punti, senza curarsi di tutta la restante sintomatologia, è certa fonte di errore. Basta considerare l'estrema variabilità di sede dell'appendice: basta riconoscere che tale dolore studiato sotto lo schermo radioscopico non corrisponde spesso nè all'appendice nè al cieco: basta stabilire come a seconda della pressione della mano e quindi dell'organo compresso si possa determinare dolore per lesione parietale, intestinale, ureterale, arteriosa iliaca destra in casi di appendice assolutamente sana.

L'esame radiologico esclude che il punto doloroso appendicolare sia, secondo i concetti di Head-Mackenzie, un punto di dolorabilità superficiale fisso, qualunque sia la sede dell'appendice.

Sulla indefinitezza degli altri sintomi addominali è inutile insistere: sui fenomeni generali lo stesso: dalla febbricola, che da tante cause può essere sostenuta, al deperimento generale, alla cosidetta maschera appendicolare (pallore cereo della parte inferiore del viso) dai sintomi ritenuti come riflessi: epatici, gastrici, colecistici, ovarici, renali, vescicali a quelli cardiaci (bradicardia, palpitazione), polmonari (tosse riflessa, asma appendicolare), oculari (anisocoria), ecc.

Qualche parola solamente voglio spendere relativamente ai dati radiologici, che sono quelli, sui quali oggi precipuamente si basano tante diagnosi di appendicite cronica.

L'importanza dei dati forniti dall'esame radiologico per lo studio delle condizioni anatomiche e funzionali del tubo digerente è grandissima. Ma gli errori, che possono derivare dall'esame radiologico dell'appendice, sono enormi.

Rilevo dal X volume del mio Trattato di Diagnostica, recentissimo, di Busi, che è il maestro dei radiologi italiani, alcuni dati.

Egli dice ad es.: che quando l'appendice non è spostabile, bisogna andar cauti per non attribuire all'appendice il patimento di parti vicine.

Egli dice: che le deviazioni dall'aspetto abituale dell'appendice sana, come punti ristretti e tortuosità, inginocchiamenti, vicinanza ad organi, sì da dare l'impressione di aderenza, mancato riempimento di bario, riempimento incompleto, ritardato svuotamento, ecc. possono essere date da fatti fisiologici (contrazioni, presenza di contenuto, brevità del mesenteriolo, ecc.). Egli conclude che sono necessari esami ripetuti, che dimostrino a distanza di tempo la stabilità delle anomalie riscontrate e solo quando esista corrispondenza coi fatti clinici.

Da quanto ho finora detto risulta che la diagnosi di appendicite cronica è basata non solo su dati insufficienti anatomo-patologici ed istologici, ma anche clinici.

A queste conclusioni arrivano del resto moltissimi osservatori da Francini a Leo, da Aschoff a Russel, da Cristeller e Meyer, fino alle recentissime di Forconi della Clinica medica di Siena (*Arch. malattie app. digerente*, 1933, III). Di quest'ultimo riporto qualche conclusione:

« L'appendicite cronica non corrisponde se « non nella minima parte dei casi ad una en- « tità clinico-anatomica ben definita.

« Non è sempre possibile formulare un esat- « to giudizio sull'entità e sulla natura delle « alterazioni anatomiche dell'organo sulla ba- « se dei sintomi clinici.

« Una sintomatologia della fossa iliaca de- « stra con sintomi ritenuti patognomonici di

« una appendicite cronica non è sempre soste-
« nuta da alterazioni anatomo-patologiche dell'appendice stessa ».

Le osservazioni del chirurgo spassionato dimostrano insomma che vere e sicure lesioni limitate all'appendice, con evidente punto di partenza da questa si osservano solo quando vi sono stati fenomeni acuti o subacuti più o meno tipici.

Ma l'esperienza clinica dice anche che, pur non escludendo la possibilità di insorgenza di attacchi appendicolari acuti nei colitici cronici, tale evenienza è rara, anzi eccezionale, nei cosidetti appendicitici cronici.

L'insorgenza di processi periappendicitici suppurativi, di peritoniti acute circoscritte, diffuse, generalizzate, di perforazioni e di necrosi appendicolari sono la spada di Damocle dell'appendicitico vero: e sono questi pericoli, non di rado mortali, che spingono il chirurgo all'intervento più o meno immediato. La eccezionalità di tali evenienze negli individui, che si qualificano affetti da appendicite microscopica, mentre è una riprova importante fornita dall'esperienza clinica dell'assenza di lesioni infiammatorie appendicolari in questi casi è anche un elemento importante di indicazione per la condotta del chirurgo.

*
* *

È ora il momento di aggiungere qualche considerazione su un terzo punto della questione e cioè sui criteri, che debbono guidare l'eventuale intervento chirurgico.

L'esame limitato dell'appendice, anche se questa mostra l'esistenza di qualche lesione (aderenze ad esempio) non basta a risolvere il problema.

Come ho già sostenuto fino dal 1912 a proposito della cura delle membrane pericoliche, è necessario praticare incisioni laparatomiche piuttosto ampie per lo studio degli altri organi della metà destra del ventre e non limitarsi alle piccole incisioni del tipo di quelle dei chirurghi americani, che estirpano le appendici sapendole sane e normali, a scopo preventivo, ciò che porterebbe la chirurgia, una volta messa su questa strada relativamente ai varî organi, a fare un numero ridicolmente sterminato di interventi.

Si è purtroppo a ragione parlato di una « Fame chirurgica di appendicectomie ».

Si è arrivati alle esagerazioni di Letulle, che afferma essere in tutti, uomini e donne, malata l'appendice e di Mossè, che ha proposto per tutti i bambini da 5 a 10 anni l'appendicectomia obbligatoria, come si pratica la vaccinazione profilattica contro il tifo o contro il vaiolo.

Il restringere il campo clinico alla sola visione dell'appendice come sede e punto di partenza della sindrome che il malato presenta, vuol dire spesso chiudere gli occhi ad un orizzonte ben più vasto che può starci dinanzi.

Ed ecco allora che con tali esami laparotomici si trova spesso che esistono tante affezioni, che specialmente in questi ultimi anni sono state messe in evidenza. Relativamente al colon destro ho accennato alla colite cronica; ricorderò ancora le aderenze pericoliche spesso angolanti o stenosanti; le membrane pericoliche a tipo congenito, delle quali io stesso ho cercato di dare una classificazione; la ptosi del cieco; il cieco mobile, del quale pure ho cercato in questi ultimi tempi di illustrare alcuni segni specifici; la tiflectasia; la ptosi del trasverso; l'angolatura a forcina di capelli dell'angolo epatico; il cieco invertito o flesso; il mesenterium comune; le epiploiti croniche; la angolatura ileale di Lane, l'insufficenza della valvola ileo-cecale, le linfoadenie mesenteriche non tubercolari senza possibilità di mettere in evidenza lesioni intestinali primitive, come ho avuto occasione di operare e studiare anche un caso recente, ecc. E naturalmente non accenno a tutte le numerosissime altre forme morbose oggi ben definite e più o meno facilmente riconoscibili (torsioni di organi, flogosi, alterazioni di forma, di calibro da aderenze, tumori infiammatorî, neoplasmi, ecc.).

In tali casi è evidente, che conviene non solo correggere la diagnosi, clinicamente spesso difficilissima dal punto di vista differenziale, non limitarsi solo all'appendicectomia, ma provvedere, se è possibile, alle altre condizioni patologiche riscontrate, se pure queste sono da considerarsi causali.

Che poi colecistite ed ulcera gastrica o duodenale (come per altri annessite) siano sempre secondarie all'appendicite, come vuole Leotta, non si può convenire.

Già il termine usato da Leotta di « Sindrome addominale destra » o S. A. D. (Sad, come egli la chiama con abbreviazione a tipo modernamente industriale), è improprio perchè esistono come ho detto numerosissime Sindromi addominali destre, clinicamente simili e spesso indifferenziabili sostenute dalle più svariate condizioni sia anatomiche, sia funzionali, sia semplici, sia associate fra loro. La nomenclatura avrebbe poca importanza, se l'interpretazione dei fatti non coinvolgesse le direttive e responsabilità del chirurgo.

La presenza di aderenze pericoliche e peritoneali in genere, che potrebbe costituire una sindrome, che io proposi di definire col nome di Sindrome aderenziale, non permette di concludere che le aderenze siano sempre dovute a flogosi con punto di partenza appendicolare.

A parte le membrane pericoliche sicuramente congenite per i loro ben netti caratteri anatomici, che talora assumono significato patologico perchè stenosanti od angolanti, aderenze si possono avere per ogni flogosi par-

lente da ogni punto dell'intestino e capaci di evolvere verso la sierosa, senza contare quelle dovute a peritoniti croniche primitive linfogene o ematogene, fra le quali in primo luogo la tubercolare.

Secondo Leotta tutte le volte che esiste una colecistite litiasica o alitiasica o un'ulcera gastro-duodenale l'appendice è o è stata malata e va tolta. Che tali coesistenze in un certo numero di casi esistano è indubbio. Lo ha detto a noi chirurghi da gran tempo l'esperienza clinica e laparotomica.

Già Solieri aveva rilevato da tempo tali rapporti, per lui in prevalenza primitivamente nervosi riflessi ed aveva parlato di: Sintonia dell'addome destro.

Ma è l'estensione che si vuol dare a questo punto, è la limitazione di visuale che si vuole imporre, è la concezione teorica non sempre corrispondente ai fatti reali, sono le conseguenze pratiche di tali concetti, contro cui io, insieme ad una enorme schiera di chirurghi, siamo insorti ed insorgiamo.

Ho già accennato che non solo l'appendice non è sempre malata in questi casi, mentre può esserlo un altro tratto del colon destro. Ho già accennato alla infinita serie di malati guariti col solo trattamento chirurgico di una colecistite o di un'ulcera gastro-duodenale e nei quali mancava e manca ogni accenno di sofferenza appendicolare tipica ed atipica e all'esame diretto una sicura lesione anatomica; aggiungerò solo che per molti la associazione appendicite-colecistite, appendicite-ulcera gastro-duodenale è tutt'altro che frequente (48 % secondo Henrichsen, 40 % secondo Muscatello (Lino), meno del 20 % secondo la mia statistica); qualche sostenitore della teoria di Leotta come Paolucci ha dovuto ammettere che in questi casi l'appendice sia sana almeno nel 20 % dei casi.

La teoria infiammatoria dell'ulcera gastrica è d'altra parte accettata solo da un numero limitato di patologi: Minimo poi (forse riducibile al solo proponente ed alla sua scuola) è il numero di coloro che accettano la teoria recente che l'infezione, che porta all'ulcera gastrica, parta dalla sierosa per approfondirsi fino alla mucosa.

Questa concezione, che contrasta coi reperti anatomo-patologici abituali, non si può ritenere dimostrata dalle recenti esperienze di un allievo di Leotta (Pasqualino), delle quali è facile fare la critica in rapporto con la tecnica seguita: iniezione di B. coli attenuati nel connettivo sottosieroso gastrico. Non è da dimenticare che l'ulcera gastrica sperimentale è stata ottenuta infinite volte con i mezzi, con gli stimoli, con le cause più svariate.

Lo stesso può dirsi per chi sostiene esservi sempre o spesso connessione fra appendicite ed annessite.

A dimostrare come si possano avere sofferenze lontane non legate all'appendicite, basta ricordare i casi, che ho illustrato al Congresso della Società Italiana di Chirurgia a Bari due anni fa, di donne con sofferenze a tipo colecistitico non guarite con la colecistectomia, guarite invece per la cura successiva di affezioni ginecologiche, in primo tempo non considerate.

Per dimostrare come il problema sia ben più ampio, permettetemi infine di accennare ad una sindrome, che con pubblicazioni su giornali medici di grande diffusione come *La Riforma Medica*, *Le Forze Sanitarie*, *La Presse Médicale* ho cercato di porre sotto l'esame della massa di medici e che ho chiamato: *Simpaticosi addominale*, che va ricevendo progressivamente il più largo consenso.

Questa sindrome, che offre una sintomatologia simile a quella della cosidetta appendicite cronica, che si accompagna ad appendicite sana, ha dei punti di riferimento e dei sintomi propri, che permettono quindi di individualizzarla clinicamente e di diagnosticarla e questi dati sono: Presenza di tubercolosi polmonare, per lo più lieve, di solito a sede apicale, chiusa: Presenza del sintoma, per primo rilevato da un ex mio assistente Fantozzi (e che per ciò ho creduto giusto di chiamare: sintoma di Fantozzi), rappresentato dalla dolorabilità alla pressione dell'aorta addominale e delle arterie iliache.

Il Fantozzi, ricercando il dolore dell'uretere allo stretto superiore del bacino, col mio metodo, ossia utilizzando il rapporto, che ha in questa sede l'uretere coll'arteria iliaca, trovò che questa era talora dolente alla pressione e riconobbe che in tali casi la dolorabilità si risvegliava anche sull'aorta addominale e sull'altra arteria iliaca.

Riconosciuto che tale sofferenza si aveva in individui, affetti costantemente da tubercolosi polmonare per quanto lieve, ma dimostrabile clinicamente o radiologicamente: essendo ovvio che tale dolorabilità aortico-iliaca sia dovuta a sofferenza del simpatico periarterioso addominale, noi abbiamo dovuto concludere che essa possa essere dovuta ad una particolare azione sul simpatico per parte della tossiemia specifica.

La sofferenza del sistema vegetativo, messa in evidenza col sintoma di Fantozzi e che si può mettere in evidenza anche con altri mezzi (farmacodinamici, endocrinologici), spiega bene il quadro vago e multiforme delle sofferenze addominali ed extraaddominali di questi malati.

Ma, che sia la causa da noi ammessa quella a cui debba imputarsi direttamente la sindrome o che altre cause si abbiano o intervengano, per esempio disendocrinie, a spiegare la sintomatologia dolorosa e disfunzionale, non è qui il caso di discutere.

Quello che è certo è che al medico ed al chirurgo si rivolge una falange di malati (specialmente giovani donne), che non dalla chi-

rurgia e tanto meno dalla appendicectomia traggono beneficio, che sono sottoposte spesso a contemporanei o successivi multipli interventi (nefropessia, colecistectomia, operazioni gastriche, annessiectomia, ecc.) senza risultato, che sono delle specifiche polmonari, con dolorabilità aortico-iliaca.

Tali malate un tempo considerate in gran parte come nevrosiche, oggi come appendicitiche croniche solo da appropriate cure mediche, dietetiche, medicamentose, climatiche, vacciniche, ecc. possono trarre e traggono vantaggio.

Non posso insistere più oltre per non annoiare di più questo imponente pubblico, che vivamente ringrazio dell'onore fattomi e specialmente quel pubblico non tecnico, che ha avuto la cortesia di ascoltarmi fin qui.

*
* *

Come conclusione di quanto ho fin'ora detto poche parole debbo aggiungere.

Il problema della cosidetta appendicite cronica si riduce dal punto di vista anatomico non a formulare teorie, non a forzare i fatti, perchè diano ragione alla teoria, ma osservarli spassionatamente, non limitando le indagini alla sola appendice per stabilire l'importanza reale delle lesioni dell'appendice e della loro isolata primitività. Solo in tali casi l'appendicectomia sarà razionale ed utile.

Dal punto di vista clinico il problema si riduce a raffinare i nostri mezzi di indagine per riuscire a distinguere le numerose sindromi dell'addome destro, ancora oggi fra loro così confuse.

È certo che in questi ultimi anni, se molte affezioni prima misconosciute sono state poste in rilievo, di non poche sono stati rilevati i mezzi di riconoscimento clinico o radiologico.

Dal punto di vista chirurgico il problema si riduce a limitare gli interventi ai casi, dove l'indicazione è ben precisa, dove le probabilità di successo sono grandissime e a definire quale sia la condotta operatoria più conveniente.

Chi non ricorda i tempi non lontani delle nefropessie e delle castrazioni ovariche su organi sani ritenuti causa di tanti disturbi generali?

E come la nefropessia è una operazione ottima quando la mobilità renale è causa di lesioni dell'organo, come la ablazione degli annessi è utile quando essi sono malati ed inconservabili, così deve dirsi dell'appendicectomia.

Senza presumere di fare il profeta è facile prevedere fra non pochi anni l'abbandono dei concetti odierni sull'appendicite cronica e delle relative appendicectomie.

Ma già oggi la leggerezza con la quale si fa la diagnosi di appendicite cronica: la faciloneria con la quale si accetta come giustificativo di un intervento un isolato reperto radiologico (metodo oggi usato ed abusato e così bene accetto con le sue apparenze di modernità e di certezza da parte del pubblico che ritiene che coi « raggi X » si possa scoprire anche l'inscopribile!) la frequenza con la quale si propongono e si eseguono oggi, data la facilità tecnica e la relativa innocuità dell'intervento, esportazioni di appendici sane, quando ben più lontano si dovrebbe guardare e in modo ben diverso si dovrebbe provvedere: l'abuso di praticare laparotomie esplorative o di eseguire incisioni che siano sproporzionate alle lesioni esistenti, debbono essere combattute, io credo, da tutti i medici e da tutti i chirurghi, che hanno della chirurgia il concetto altissimo che se ne deve avere.

La chirurgia benefica, meravigliosa è un campo di azione, che richiede un senso altissimo della responsabilità in chi la pratica.

Il chirurgo è quasi un magico guaritore di infinite e gravi sofferenze umane, solo se guidato dall'acume diagnostico, dalla serietà degli intenti, dalla precisione della tecnica.

Il rischio operatorio, per quanto piccolo, per quanto ridotto, per quanto riducibile, non si può eliminare, come non si elimina il rischio in ogni altra operazione umana. Esso va affrontato solo quando l'operazione è utile o necessaria, o indispensabile.

La chirurgia moderna è una delle più grandi conquiste dell'epoca nostra contro i nemici più grandi che abbiamo a combattere: le malattie e la morte: Non bisogna diminuirla o abbassarla con interventi diretti contro nemici fantastici o ipotetici, o combattendo con improprie armi, o con illogiche direttive.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica Generale
della R. Università di Roma
Direttore: Prof. C. Frugoni

Variazioni della "Brucella melitensis" nel malato.

Dott. Vittorio de Antoni.

L'8 febbraio del corrente anno venne ricoverato in Clinica B. Domenico di anni 33, pastore di pecore. È individuo normalmente sano, senza precedenti morbosi degni di nota, di famiglia sana. Dato il suo mestiere non ha dimora fissa: da qualche mese viveva in zona malarica sorvegliando con altri compagni un grosso greggie di 1500 pecore. Fra queste è frequente l'aborto spontaneo.

La sua attuale malattia è caratterizzata quasi unicamente da febbre, iniziata senza prodromi, senza alcun disturbo soggettivo circa un mese fa. In un primo periodo di tempo la febbre (temperature massime 38°-39°) era quasi esclusivamente notturna; durante il giorno la temperatura era normale o quasi, tanto che il paziente potè fino a circa una diecina di giorni fa attendere, benchè a fatica, alle usuali occupazioni. Da questi ultimi dieci giorni la febbre, oltre che notturna, si è fatta anche diurna: presenta ora una curva remittente irregolare con massimi di temperatura generalmente però sempre notturni. L'accesso febbrile è a volte preceduto da brividi, a volte no; la defervescenza si accompagna a sudorazione. Unici disturbi che con la febbre coesistono sono astenia e disappetenza; mai ebbe il malato a soffrire di alcun dolore a nessuna parte del corpo.

Agli inizi della malattia, dubitando per ragione ambientale e per il carattere intermittente della febbre che si potesse trattare di malaria, di sua iniziativa il paziente si è sottoposto a terapia chininica. La somministrazione del chinino, esclusivamente per bocca, nella dose di 4-6 compresse di chinino dello Stato al giorno, è stata iniziata quando già la febbre era comparsa da circa una settimana, ed è stata continuata in modo irregolare per circa 10-15 giorni. Vedendo poi che, nonostante la cura chininica, la febbre, anzichè cedere, tendeva ad aumentare sempre più di grado, e da intermittente si faceva remittente, il chinino venne abbandonato. Dopo qualche giorno trascorso senza alcuna terapia, non accennando la febbre a diminuire, aumentando sempre più l'astenia, il paziente si decide di ricorrere alla Clinica.

L'esame obbiettivo è completamente negativo, se si toglie il fegato appena palpabile sotto l'arco costale, indolente (margine superiore alla sesta costa); la milza sporgente appena di un dito dal margine inferiore delle ultime coste, molle, liscia, scarsamente dolente (margine superiore alla nona costa).

L'esame delle orine è pure negativo.

All'esame emocromocitometrico da notare soltanto una modica leucopenia (5200 leucociti per mmc.). Crasi sanguigna normale. Negativa la ricerca del parassita malarico.

Le sieroagglutinazioni eseguite il giorno successivo al suo ingresso in Clinica, negative per i germi del gruppo del tifo, danno reperto positivo a titolo non molto alto (1:200) per melitense.

Dai dati clinici, sierologici ed ambientali viene posta come la più probabile diagnosi di ondulante, diagnosi confermata in seguito dall'esito di due successive emoculture e di una splenocultura. Dell'esito appunto di questi esami batteriologici, interessanti per i risultati osservati, intendo trattare nella presente nota.

Come dianzi ho accennato si ebbero da questo malato durante la sua degenza in Clinica due emoculture ed una splenocultura positiva. Le emoculture furono eseguite con il metodo degli anticomplementi abitualmente in uso nella nostra Clinica fino dal 1929, dopo il lavoro di Lusena sulla novirudina (1), dati gli ottimi risultati che con esso costantemente si registrano. Nel presente caso l'emocultura era stata eseguita con liquoid, ed ogni volta parallalemante anche in solo brodo col metodo delle grandi diluizioni (brodo circa cc. 200, sangue cc. 2), ma con esito negativo.

Data l'influenza che in questo caso particolare la tecnica seguita per gli isolamenti del germe potrebbe avere, come più avanti dirò, sui risultati batteriologici finali, credo non inutile esporre brevemente nelle sue particolarità il metodo da me seguito:

Insemenzamento di cc. 10 di sangue del malato in un palloncino di cc. 50 di brodo glucosato addizionato di una dose di liquoid sicuramente sufficiente a rendere incoagulabile, privo di complemento e di potere battericida il sangue nella quantità usata. Rimando per più dettagliati particolari a questo riguardo ad una mia recente nota in collaborazione con Cartolari. (Il liquoid quale inibitore del potere battericida del sangue nelle emoculture (2)).

In tutti e due gli esami emoculturali così eseguiti, dopo 6 giorni di permanenza delle emoculture in termostato, da ciascuna di esse è stata eseguita una subcultura in provetta di brodo glucosato con circa mezzo centimetro cubico del liquido di cultura. Questo venne prelevato dall'emocultura con pipetta Pasteur, senza scuotere il matraccio, pipettando lungo la sua parete in corrispondenza della superficie superiore del sangue sedimentato. Al quarto giorno di termostato dalla subcultura (apparendo in essa il brodo in tutti e 3 i casi opalescente, lievemente, in modo uniforme, intorbidato per lo sviluppo dei germi) previo scuotimento venne eseguito trapianto con poche goccie di liquido in agar comune. Sulla cultura nata in agar dopo 48 ore di termostato e sui successivi trapianti (sempre in agar) da essa effettuati si eseguono i vari esami.

La splenocultura (poche goccie di succo splenico estratte mediante puntura della milza) venne eseguita in brodo glucosato, in brodo liquoid, ed in brodo liquoid (cc. 50) a cui erano stati aggiunti subito prima dell'insemenzamento cc. 10 di sangue appena estratto al malato stesso.

Si è creduto di aggiungere il sangue alla spenocultura per fare in modo che le brucelle che eventualmente in essa fossero state per nascere venissero a trovarsi fin dal principio nelle medesime condizioni di vita e di sviluppo di quelle isolate dalle due precedenti emoculture.

Dal succo splenico con tutti e 3 i metodi di cultura ho avuto esito positivo. Dalle splenoculture originarie vennero eseguite subculture con le stesse modalità e dopo tempi uguali come per le precedenti emoculture. Noto subito che i tre ceppi di brucelle isolati presentavano tutti uguali ed identici caratteri morfologici, culturali, sierologici. Le prove batteriologiche successive, vennero perciò, per non fare inutili ripetizioni, eseguite sempre su di un solo ceppo (quello isolato dal brodo-liquoid-sangue, come quello che ripeteva più esattamente le condizioni di sviluppo delle brucelle ottenute per emocultura).

Ricordo che, come ho già esposto, il malato aveva preso del chinino per bocca per la durata di 10-15 giorni prima della sua entrata in Clinica. Al momento del ricovero già da 4-5 giorni non prendeva più chinino: durante la degenza ebbe solo come terapia una serie di iniezioni in parte endomuscolari, in parti endovenose di stomosina antimelitense e cardiocinetici (tintura di strofanto e canfora solubile per bocca, olio canforato per iniezioni).

Essendo il malato entrato in Clinica l'8 febbraio, la prima emocultura venne eseguita il 10 febbraio: essa dista perciò circa una settimana dalla fine della terapia chininica; la seconda emocultura, eseguita il 27-2, ne dista circa 25 giorni; la splenocultura, eseguita il 18-3, circa un mese e mezzo.

La stomosinoterapia era stata iniziata, con iniezione endovenosa, il 16-2: dieci giorni circa perciò prima della seconda emocultura.

Il titolo agglutinante del siero di sangue del malato era per il melitense (ceppo di laboratorio controllato di massima agglutinabilità specifica e nulla aspecifica) 1:200 all'epoca della prima emocultura; 1:800 all'epoca della seconda; fra 1:800 e 1:1600 all'epoca della splenocultura.

La febbre al momento della splenocultura era stabilmente scomparsa per lisi da 9 giorni (9 marzo).

Le tre culture isolate sono formate da coccobacilli piccolissimi, ovoidi, Gram negativi con caratteri morfologici di brucelle. Seminati in agar comune per striscio i germi isolati dimostrano lentissimo sviluppo: agar-cultura di 48 h. presentano una patina sottile, umida, bianco-giallognolo-ambra, senza che differenze di aspetto siano apprezzabili fra i tre diversi ceppi. Dove invece questi nettamente si differenziano è nei caratteri sierologici. Nella successiva esposizione chiameremo per brevità:

Br. 1: il germe isolato dalla prima emocultura.

Br. 2: quello isolato dalla seconda.

Br. 3: quello isolato dalla splenecultura.

Le agglutinazioni specifiche eseguite su di essi (sospensioni batteriche da agar-culture di 48 h.) con siero testo antimelitense e con siero del malato (da sangue estratto per ciascun ceppo all'epoca del rispettivo isolamento) hanno dato i seguenti risultati:

Siero a diluizioni successive di 1/3. Sospensione batterica da agar-cultura di 48 ore.

Siero testo	Siero malato	data (1)
Br. 1 + + 1 : 50 (+ x 8 1 : 800)	+ x 8 da 1 : 100 a 1 : 400	20/2
Br. 2 + + 1 : 15 600	+ + 1 : 800	9/3
Br. 3 + + 1 : 30 500	+ + 1 : 1600	28/3

(1) In tutte le prove (anche nelle successive) i segni + + + esprimono due diversi gradi di agglutinazione visibile ad occhio nudo: completa il primo, parziale il secondo. Lo stesso + + × 8 e + × 8: due gradazioni della visibilità con lente di 8 ingrandimenti.

In una prova di agglutinazione ripetuta sui 3 ceppi contemporaneamente dopo la splenocultura (per il siero del malato per tutti i ceppi con il siero del medesimo campione di sangue ultimo estratto) i risultati non variano dai precedenti.

Le *agglutinazioni aspecifiche* hanno dato i seguenti risultati:

A) *da calore*:

Lettura dopo m'	3'	5'	10'	15'	30'	il giorno dopo
Br. 1 . .	+ x 8	+	+ +	+ +	+ +	+ +
Br. 2 . .	—	—	—	—	+ x 8	+
Br. 3 . .	—	—	—	—	—	—

B) *da peptone* (Witte, soluz. 1 % in acqua distillata):

Lettura dopo m'	3'	5'	10'	15'	30'	il giorno dopo
Br. 1. .	+ + x 8	+ + x 8	+	+ +	+ +	+ +
Br. 2. .	—	—	—	—	+ + x 8	+
Br. 3. .	—	—	—	—	—	—

C) *da triplaflavina* (soluz. 1 ‰ in soluzione fisiologica 0,85 %):

Lettura dopo	6 ore termostato	+ 8 temperatura ambiente
Br. 1 . . .	+ +	+ +
Br. 2 . . .	—	+ + x 8
Br. 3 . . .	—	—

Questi i dati batteriologici del caso: si tratta dunque di una infezione da brucella con

caratteri di paramelitense in un primo tempo (Br. 1: quasi nulla agglutinabilità specifica, spiccata aspecifica); con caratteri intermedi fra paramelitense e melitense, più vicini però al momento dell'esame a quelli del melitense che a quelli del paramelitense, in un secondo tempo (Br. 2: agglutinabilità specifica solo lievissimamente diminuita ed aspecifica assai scarsa); con caratteri di tipico melitense in un terzo tempo (Br. 3: piena agglutinabilità specifica, nulla aspecifica).

*
* *

A chiarificazione del caso ricordo brevemente alcune nozioni fondamentali sui rapporti fra i vari tipi di brucelle:

Da molti anni è conosciuta la esistenza di un germe che, del tutto identico al melitense per proprietà patogene, tintoriali e culturali, da questo si differenzia per deficiente potere antigene, per scarsa o nulla agglutinabilità specifica, per facile agglutinabilità aspecifica (paramelitense). Non è esso però da considerare come un germe a sè, nettamente distinto dal melitense, ma come una varietà del melitense ad esso strettamente unita. Infatti fra i ceppi a caratteri estremi (melitense e paramelitense tipici) esiste tutta una scala di ceppi con caratteri intermedi che si fondono insensibilmente gli uni con gli altri [Favilli (12)]. La spiegazione del fenomeno viene data da recenti ricerche [Hadley, Ross, Zdwodowski, Brenu e Voskressenski (3), Pampana (4), Pisu (5)], le quali dimostrano come il paramelitense sia da identificare semplicemente nella variante dissociata « R » della specie br. melitense di cui il melitense tipico ne è la variante « S ».

Già da parecchi anni, indipendentemente dagli studi sulla dissociazione, si era visto come sia possibile avere il passaggio da una varietà all'altra: facilmente e per i più disparati stimoli dal melitense in para, con difficoltà e raramente, del para in melitense.

Già inoltre si era anche visto [Lusena (6)] che stipiti di carattere intermedio non sono formati da germi tutti con le medesime proprietà, ma che sono essi un miscuglio di germi alcuni con caratteri di para, altri di melitense.

Come poco fa ho accennato numerose sono le osservazioni che provano la relativa facilità del passaggio dal melitense in para. Tale trasformazione si è notata in vitro per azione di sostanze chimiche [Izar (7), de Antoni (8)]: per associazione in cultura col paramelitense [Burnet (9)]; per cultura in agar glicerinato [Izar (10)]; per sierizzazione della brodocultura [Favilli (11-12)]; per trapianti successivi in brodo [Boncinelli (13)]; per semplice invecchiamento [Lusena (6), de Antoni (8)] ed infine per modificazione spontanea di culture conservate in agar (Favilli, Boncinelli, Lusena, de Antoni: lavori citati). Sempre in vitro, oscillazioni o reversioni sono state osservate anche in senso opposto, dal para verso il melitense, sia artificialmente indotte [Béguet (14)] che spontanee (Boncinelli, Lusena, Pampana: lavori citati).

Analoga possibilità di passaggio di una variante nell'altra esiste anche in vivo. Osservazioni in proposito si hanno sia nel campo umano che sperimentale (cavia).

Izar (7) nel 1916 (e queste sue osservazioni direttamente si collegano al nostro caso) in due malati sottoposti a terapia chininica, clinicamente affetti da febbre ondulante, ma con sieroagglutinazioni negative, ha isolato mediante emocultura una brucella con caratteri di paramelitense. Inoltre in altri pazienti di ondulante dai quali mediante emocultura era stata già isolata una brucella con caratteri tipici di melitense, e che già precedentemente presentavano un alto titolo agglutinante per il melitense, dal medesimo A. è stato osservato come la somministrazione continuata di un sale di chinino portasse alla perdita del potere agglutinante del siero di sangue verso il melitense.

Un caso di ondulante sostenuta da paramelitense, probabilmente per dissociazione in vivo indotta pure da chinino, è stato osservato recentemente da Pisu (5). Era il malato in questione un pastore di capre nel cui gregge era frequente l'aborto, e che, sofferente da circa 8 mesi di febbricola irregolare, era stato in un primo tempo curato per circa 20 giorni con chinino.

Nell'uomo, che io sappia, non esistono osservazioni precedenti a questa mia di reversione dal para in melitense.

In patologia sperimentale invece, nella cavia, esistono osservazioni di variazione sia in un senso che nell'altro: dal melitense in para [Lusena (6)] dal para in melitense [Pisu (5)]. In tutti e due i casi ricordati il fenomeno si è osservato in modo apparentemente spontaneo.

Ricordo inoltre fra le caratteristiche del paramelitense, che sua proprietà fondamentale comunemente utilizzata in laboratorio per rapidamente differenziarlo dal melitense, è la grande sua sensibilità alle agglutinazioni aspecifiche — da calore, da peptone, da acido lattico, da triplaflavina — cui il melitense invece è costantemente insensibile. Il paramelitense

è agglutinabile per i più svariati stimoli (non rara da osservarsi è pure l'agglutinazione spontanea) e molte sostanze chimiche oltre alle surriferite hanno azione su di esso. In mie ricerche (15) ho potuto constatare come abbiano azione agglutinante più o meno specifica sul paramelitense molte delle sostanze che sono coagulanti delle mucine (acetato basico di Pb, alcool puro, tannico in soluzione in acqua distillata, soluzioni sature di solfato di magnesio e di ammonio).

*
* *

Sulla guida delle suesposte nozioni, dai dati sierobatteriologici che il malato presentava, credo che l'insorgenza ed il decorso della infezione da brucella da me osservata si possa così ricostruire:

Contagio (con ogni probabilità dalla pecora) ed un primo periodo di malattia sostenuti probabilmente da germi in forma « S » (melitense tipico). Difficilmente sarebbe ammissibile una infezione iniziale da germi in forma « R » (paramelitense) dato che già nei primi giorni del ricovero in Clinica (nello stesso periodo di tempo nel quale dal sangue veniva isolato il germe in forma « R ») il siero di sangue del malato presentava per il melitense tipico un tasso agglutinante 1:200, mentre quasi nulla era la agglutinazione per il proprio germe.

Ora è noto come il paramelitense — pessimo agglutinogeno — neanche dopo parecchi mesi di malattia e corrispondentemente nell'animale dopo prolungata vaccinazione — riesca a provocare formazione di agglutinine in quantità sensibile. Nel mio caso le agglutinine presenti testimoniano perciò che brucelle capaci di funzionare da antigene (forma « S ») nell'organismo di recente dovevano esserci necessariamente state in quantità sensibile.

Pur avendo dato la prima emocultura un paramelitense, la sierodiagnosi, già eseguita per il melitense, non è stata ripetuta, oltre che sullo stesso germe isolato, su nessun ceppo di paramelitense. È stato fatto questo di proposito, poichè nessuna luce tale ricerca avrebbe potuto portare alla soluzione del problema. A parte il fatto che per constatazione universale il paramelitense è ritenuto cattivo provocatore di anticorpi, io stesso in precedenti ricerche (16) ho visto come eventuali agglutinazioni per esso anche a discreto titolo (1:100-1:200 - e le vaccinazioni sul coniglio dimostrano come con il paramelitense tale titolo sia difficilmente raggiungibile) sono in pratica destituite di qualsiasi significato, perchè osservabili anche con sieri di malati sicuramente non affetti da ondulante. Come il paramelitense, e spesso a discreto titolo, sia non di rado aspecificamente agglutinabile dal siero di sangue di persone non affette da ondulante, è stato più recentemente constatato anche da Angioni (17).

Dissociazione in un secondo tempo, nell'organismo del malato, per azione del chinino, delle brucelle nella variante « R ». Questo spiega perchè nonostante la malattia perdurasse febbrile già da circa un mese e l'ammalato non fosse sicuramente in uno stato di anergia, all'entrata in Clinica il tasso agglutinante fosse solo 1:200, mentre di norma i malati di ondulante rapidamente raggiungono alti tassi agglutinanti.

La forma « R » assunta dai germi non si è mantenuta però stabile, e qualche tempo dopo la sospensione del chinino, forse per una particolare resistenza del ceppo di brucelle in questione e lasciarsi dissociare (prove sperimentali in vitro di Favilli (12) e di Lusena (6) dimostrano che non tutti i ceppi di melitense sono con uguale facilità trasformabili in para, ed una volta trasformati non tutti mantengono immutati i nuovi caratteri acquisiti), si è avuta nei germi un graduale, progressivo ritorno alla forma « S ». Con il ritorno delle brucelle alla forma liscia anche il tasso agglutinante antimelitense del siero di sangue parallelamente è aumentato.

Un'unica obbiezione forse, di ordine tecnico, potrebbe venir mossa all'interpretazione dei risultati: e cioè che i germi isolati dalla prima emocultura fossero in forma « R » non perchè in questa fase realmente si trovassero nell'organismo del malato, ma perchè, pur trovandosi nel sangue circolante in forma «S», fossero stati spinti poi alla dissociazione in vitro, nel liquido dell'emocultura stessa. Per questo nell'esposizione dei dati sull'isolamento dei germi, all'inizio di questa nota, ho creduto di riferire esattamente tutte le particolarità di tecnica eseguite.

La dissociazione in vitro potrebbe essere imputabile non tanto ad una azione da semplice invecchiamento del germe in brodocultura [ricerche di Lusena (6) e mie (8)], quanto ad una azione da siero immune [ricerche di Favilli (11-12)].

È da scartare una possibile dissociazione per semplice invecchiamento, perchè, nonostante sperimentalmente si sia constatato (Lusena) che in casi particolari già 5 giorni di termostato sono a volte sufficienti a dare nelle brodoculture segni di paramelitensizzazione, mie successive ricerche (8) hanno potuto accertare

che la rapidità della trasformazione del melitense in para è sempre direttamente proporzionale al grado di rigogliosità della cultura. Ora nel presente caso lo sviluppo dei germi nel matraccio dell'emocultura al momento del trapianto era così scarso da essere pressochè inapprezzabile ad occhio nudo.

Circa la seconda eventualità di errore prospettata, si basa essa sul fatto che le ricordate ricerche di Favilli hanno dimostrato che aggiungendo ad una brodocultura di melitense tipico una piccola quantità di siero agglutinante omologo (con la tecnica di Lusena per il tifo) si assiste dopo pochi passaggi, in brevi giorni, ad una rapida trasformazione del germe in paramelitense. La dose di siero da Favilli usata era di goccie 3 di siero agglutinante ad alto titolo in cmc. 10 di brodo. La azione dissociativa sembra legata allo stimolo da agglutinine, e, secondo le già citate ricerche, non sembra si abbia, od almeno mai si ha così rapida e spiccata, quando al posto del siero specifico si usi nella stessa dose del siero normale. Ora nella mia emocultura, con le modalità seguite, il siero di sangue del malato, contenente agglutinine, viene a trovarsi in forte concentrazione, ben superiore a quella sperimentalmente avverata da Favilli, rispetto al volume totale della emocultura (cmc. 10 di sangue in cmc. 50 di brodo). Pur tuttavia che sia stata la presenza del siero a spingere il germe alla dissociazione appare assai improbabile. In primo luogo sta contro a tale evenienza la constatazione che in emoculture eseguite con ugual tecnica in altri malati di ondulante (4 casi), e tutti con titolo agglutinante ben più alto di quello che non presentasse questo malato al momento della prima emocultura, ho sempre isolata una brucella in fase « S ». In secondo luogo non si spiegherebbe poi perchè nel presente malato su 3 emoculture eseguite con lo stesso sistema (anche la splenocultura può ai fini in questione venir calcolata pari all'emocultura data l'immediata aggiunta del sangue), i germi fossero stati spinti alla dissociazione solo nella prima e non nelle altre, proprio in quella cioè nella quale il sangue era meno ricco di agglutinine. Ricordo che il tasso di agglutinazione era di 1:200 all'epoca della prima emocultura; 1:800 all'epoca della seconda; da 1:800 a 1:1600 all'epoca della splenocultura.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di febbre ondulante interessante per reperto batteriologico.

In esso si è isolata in un primo tempo una brucella in forma « R » (paramelitense) probabilmente per dissociazione avvenuta nell'organismo stesso del malato per azione del chinino. Sospesa la somministrazione del chinino, dopo qualche tempo si ha, in modo apparentemente spontaneo, una reversione del germe alla forma « S » (melitense) documentata da una successiva emocultura e da una splenocultura.

LAVORI CITATI.

(1) Lusena. Boll. Ist. Sierot. Mil., 2929, fascicolo VII-IX.
(2) De Antoni e Cartolari, Boll. Ist. Sierot. Mil. 1933.
(3) Hadley, Ross, Zdrodawski, Brenne e Voskressenski citati secondo Alessandrini e Pacelli.
(4) Pampana. Ann. d'Igiene, 1931, n. 8.
(5) Pisu. Boll. Ist. Sierot. Mil., 1932, fasc. VIII.
(6) Lusena. Boll. Istit. Sierot. Mil. 1929, fasc. XI.
(7) Izar. Pathologica, 1916, n. 182.
(8) De Antoni. Boll. Ist. Sierot. Mil., 1929, f. XII.
(9) Burnet, Arch. de l'Inst. Past. de Tunis, 1925, t. XIV, pag. 247.
(10) Izar. Riforma Medica, 1926, n. 19.
(11) Favilli. Lo Sperimentale, 1926, n. 4.
(12) Id. Boll. Ist. Sierot. Mil., 1927, fasc. 5.
(13) Boncinelli. Boll. Ist. Sierot. Mil., 1927, f. 5.
(14) Béguet. Ann. de l'Inst. Past., 1927, t. 41.
(15) De Antoni. Boll. Ist. Sierot. Mil., 1929, f. X.
(16) Id. Boll. Ist. Sierot. Mil., 1928, fasc. X.
(17) Angioni. Boll. Ist. Sierot. Mil., 1932, fasc. IV.
(18) Alessandrini e Pacelli. *Le brucellosi*, Roma, 1932.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale Civile di Udine.
Divisione Medica diretta dal prof. Azzo Varisco.
Reparto « Carlo Forlanini ».

Primi risultati di terapia della tubercolosi laringea con estratti tiroidei.

Dott. Dante Bettini, assistente.

Sono stato spinto a tentare la terapia della tubercolosi laringea con estratti di tiroide, dall'osservazione clinica di due donne affette da tubercolosi laringea nelle quali, durante la gravidanza, si manifestò una notevole ipertrofia della ghiandola tiroide e successivamente una guarigione spontanea del processo tubercolare laringeo. E mi parve tanto più suggestivo il rapporto tra iperfunzione tiroidea e guarigione del processo tubercolare, in quanto è noto che la gravidanza suole influire in modo sfavorevolissimo sulla localizzazione tubercolare della laringe, tanto che quest'ultima costituisce un'indicazione precisa all'interruzione della gravidanza stessa.

Non è il caso che io qui mi soffermi a lungo a ricordare i rapporti generici tra tiroide e tubercolosi, rapporti che furono oggetto di nu-

merosi studi, importantissimi tra tutti e ormai classici quelli di Frugoni e di Frugoni e Grixoni dai quali è risultato, in base a ricerche sperimentali, « che un idoneo trattamento tiroideo, opportunamente istituito, è di per sè capace di esercitare un'utile azione modificatrice sulle infezioni tubercolari e pseudo-tubercolari sperimentali ».

E appena ricorderò il susseguirsi ininterrotto d'insuccessi, che ha segnato l'evoluzione di tutte le terapie mediche, chirurgiche e fisiche tentate contro la localizzazione laringea dell'infezione tubercolare, da dover riconoscere la nostra impotenza di fronte a questo terribile male.

Tenendo presente poi che il trattamento tiroideo, per riuscire efficace negli animali da esperimento secondo Frugoni e Grixoni, doveva essere quotidiano ed ininterrotto, e in dosi tali da essere « vivamente stimolatrici del ricambio », da circa un anno e mezzo ho cominciato a sottoporre alcuni malati di tubercolosi laringea ad un trattamento con varii preparati tiroidei del commercio; il preparato però che dopo varii tentativi ho trovato più efficace al mio scopo e più ben tollerato e che poi ho usato esclusivamente in seguito, è stato la Tiroidina atossica Coronedi.

I malati che finora ho trattato ammontano a quindici: in genere comincio a somministrare quattro compresse di Tiroidina Coronedi al giorno per i primi giorni, poi, sorvegliando attentamente le funzioni renale, cardiaca e il metabolismo basale (apparecchio del prof. Melli), aumento gradatamente le dosi fino ad arrivare al massimo della tolleranza individuale (in media 10-14 compresse al giorno ininterrottamente).

Non è nel carattere di questa nota preventiva che io esponga dettagliatamente la storia e gli esami di ciascun malato, dirò solamente in generale quello che ho desunto dagli esami laringoscopici praticati.

I malati sono stati seguiti dal punto di vista laringeo dal dott. Parenti, primario otorinolaringoiatria del nostro ospedale, che mi ha gentilmente favorito i reperti e che qui vivamente ringrazio.

Dal punto di vista polmonare si tratta di soggetti colpiti dalle più svariate forme della tubercolosi, sono in genere individui a collo lungo, in cui non si possono palpare nemmeno residui della ghiandola tiroide.

La cosa più sorprendente, dopo un periodo più o meno lungo di cura, in media già dopo una quindicina di giorni, è di notare obbiettivamente l'aspetto di tutta la laringe migliorato in questo senso: il colorito pallido, bluastro per imbibizione edematosa e stasi con scollamento del pericondrio con tutte le sue conseguenze, sopratutto nelle zone dei ligamenti tiroidei, dei processi aritenoidei posteriori, e in parte dell'epiglottide, subisce una graduale trasformazione: il colorito diventa roseo per un progressivo ripristino della circolazione attiva con graduale riassorbimento dell'edema, dell'imbibizione intercellulare e progressiva riparazione dell'epitelio e delle parti ulcerate. Diminuendo la stasi venosa si attenuano i processi degenerativi a carico dei muscoli e la loro pseudo-ipertrofia per la dissociazione delle fibre, con piccole emorragie interstiziali e la depitelizzazione prodotta meccanicamente dalla diapedesi leucocitaria, con possibilità di cicatrici del connettivo della mucosa.

Parallelamente allo stato obbiettivo migliora gradatamente anche lo stato soggettivo, si attenuano fino a scomparire i dolori e la disfagia.

Da notare poi che questo notevole miglioramento si ottiene non solo in quei casi in cui le condizioni polmonari migliorano, ma anche nei casi in cui le lesioni polmonari evolvono rapidamente.

Dato il piccolo numero di casi osservati e la difficoltà molto più grande di stabilire l'effetto di una qualunque terapia sulle lesioni polmonari che è noto come anche spontaneamente subiscano dei periodi anche lunghi di remissione e di sosta, non mi è possibile dare per ora alcun giudizio sull'effetto degli estratti tiroidei sulle lesioni polmonari; questo sarà oggetto di ulteriori studi.

Quale è il meccanismo d'azione dei principii tiroidei sulle lesioni della laringe? A questo proposito due sono i punti da tenere presenti e cioè:

1) l'effetto generale dei principii tiroidei sull'infezione tubercolare messo in luce da Frugoni (rilevante aumento dell'indice opsonico di fronte al b. di Koch, ecc.);

2) l'azione locale che i principii tiroidei manifestano spiccatamente sulla circolazione della laringe.

Sono così stretti i rapporti tra la circolazione della tiroide e la circolazione della laringe che è indubitato che un'atrofia della tiroide possa influire sfavorevolmente sulla circolazione della laringe per via meccanica. Che poi anche i principii tiroidei per se stessi possano in qualche modo influire direttamente riattivando la circolazione laringea sembrerebbe doversi ammettere in base ai reperti laringoscopici. Fatto benefico questo della riattivata circolazione laringea anche in rapporto alla costituzionale morfologica laringea dei soggetti in questione, con congenito alterato circolo in rapporto alla sproporzione intrinseca dei varii segmenti laringei fra di loro, e sopratutto della

epiglottide a piccola base d'impianto, enormemente invece sviluppata nei suoi diametri longitudinali e trasverso in rapporto all'anteroposteriore, in individui che hanno enormemente sviluppate le cartilagini tiroidi.

RIASSUNTO.

L'A. ha osservato la guarigione di forme specifiche laringee in 2 gravide con ipertrofia notevole della tiroide; perciò egli ha tentato la terapia della tbc. laringea con estratti tiroidei. Ricordando anche i risultati dei lavori di Frugoni e di Frugoni e Grixoni, trattò 15 ammalati di tbc. laringea con estratti di tiroide. Ottenne buoni risultati che sembrano essere dati, sia dall'azione generale dei principî tiroidei sull'infezione tubercolare (Frugoni), sia dalla riattivazione che questi producono nella circolazione laringea.

LAVORI CITATI.

FRUGONI e GRIXONI. *Tiroide e tubercolosi*. Biochimica e Terapia Sperimentale, fasc. V, 1909.

FRUGONI. *Intorno al meccanismo di azione dei principii tiroidei nella tubercolosi sperimentale*. Il Tommasi, n. 21, 1909.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Contributo alla conoscenza della apoplessia reumatica.

Dott. NINO GIORGIO FANELLI
Galliera (Bologna).

Nello stato di incertezza e sotto molti aspetti di oscurità, in cui ci veniamo a trovare nei confronti della eziologia e della patogenesi del reumatismo cerebrale o iperpiretico, il portare a conoscenza nuovi casi osservati, può contribuire alla soluzione dei molti problemi importanti ancora non risolti, che hanno riferimento con questa malattia.

Si suole affermare ed in quasi tutti i trattati si trova scritto, che il reumatismo cerebrale colpisce con più facilità chi ha una eredità neuropatica od ha affaticato eccessivamente il sistema nervoso: qualche autore fa risalire la colpa della localizzazione nervosa alla eccessiva introduzione del rimedio specifico: molti altri affermano che invece la terapia salicilica ha reso più rari i casi di reumatismo iperpiretico. C'è chi ritiene invece questa particolare forma nervosa dovuta ad uno pseudo-reumatismo infettivo, chi ad una sepsi.

Le conoscenze che attualmente noi abbiamo di questa malattia, non ci permettono che di formulare delle ipotesi, restando sempre poco accettabili e la teoria focale e la teoria bacterica e anafilattica, quest'ultima sostenuta recentemente da Bezançon al Terzo Congresso Internazionale del Reumatismo (Parigi, ottobre 1932), che sebbene seducente e molto bene esposta, resta però sempre nel dominio delle ipotesi, da accogliersi con molte riserve. Le incertezze che dominano l'eziologia della infezione reumatica, aumentano quando si cerca di spiegare la complicazione particolare nervosa, con tutto il suo rapido e impressionante modo di manifestarsi e di evolvere e possono dare ragione del modesto contributo che io cerco di portare alla non numerosa casistica. Nonostante tutto, sebbene molto lentamente, anche in questo campo va facendosi un po' di chiaro; intanto ora si è differenziato l'artritismo dal reumatismo e si sa che quest'ultimo è una malattia generale, che colpisce con maggiore o minore predilezione speciali tessuti e speciali organi, come il cuore, il sistema muscolare, il cellulare sottocutaneo, le sinoviali, il sistema nervoso centrale ecc. ecc.

Aggiungo così volentieri ai recenti casi riportati da A. Ferri (*Policlinico*, Sezione pratica del gennaio 1933) e da V. de Bernardinis (*Giornale di Medicina Militare*, aprile 1932), gli unici due casi da me recentemente osservati, dopo dieci anni di esercizio professionale e che si possono prestare a considerazioni, sotto molti aspetti, analoghe a quelle cui sono giunti i citati autori.

B. I., di a. 17, studente. Nulla nell'anamnesi famigliare, nè personale che possa interessare; negata la lue ed altri contagi venerei. I genitori affermano che il ragazzo non è mai stato ammalato. Sono chiamato il 1° aprile 1929, perchè egli accusa dolori ad ambedue i ginocchi ed alle articolazioni tibio-tarsiche. Ha modica febbre. Questi dolori sono comparsi da alcuni giorni, senza causa apparente: non ha sofferto di tonsillite, nè di angina, nè si è esposto a cause reumatizzanti.

L'esame obbiettivo non rivela nulla a carico di nessun apparato.

Le regioni dolenti non appaiono nè tumefatte, nè arrossate, tentando di flettere i piedi e le gambe sulle coscie, il dolore aumenta. Convinto di essere di fronte ad una comune forma reumatica, così frequenti in questa zona umida del Basso Bolognese, prescrivo Salicilato di Sodio in dose di circa otto grammi al giorno e riposo assoluto. Dopo quattro giorni, le condizioni si mantengono invariate e la febbre rimane sui 38°, con lievi remissioni mattutine.

Scarsa è la secrezione del sudore. Dopo dodici giorni di cura Salicilica, la febbre è diminuita e il dolore è rimasto localizzato al solo ginocchio destro. Continuo a somministrare la stessa dose di salicilato di sodio fino al quindicesimo giorno, che rivedo il malato molto sollevato e senza accusare più dolore. La febbre è scomparsa da due giorni ed il ragazzo vorrebbe alzarsi; ma riesco a persuaderlo di non abbandonare il letto prima che non siano passati altri due giorni e mi licenzio, ritenendo inutili ulteriori mie visite, dopo non aver riscontrato lesioni a carico del cuore.

Dopo due ore, sono richiamato d'urgenza, poichè i parenti non riescono più a trattenere in letto il malato, che vuole ad ogni costo scendere. Trovo il paziente in preda a violento delirio, agitatissimo, con febbre a 41°, polso a 140, con una eruzione diffusa miliariforme su tutta la superficie cutanea. La secrezione del sudore è completamente arrestata e la pelle è secca e urente. Mentre mi accingo ad applicargli impacchi freddi sul capo e sul torace, non avendo altri mezzi refrigeranti a mia disposizione, dopo avere iniettato alcune fiale di olio canforato ed una di digalèn, il ragazzo cade in collasso e muore. Dall'inizio del delirio all'esito, sono trascorsi solo quaranta minuti.

F. L., di anni 22, colono. Padre morto di neoplasma gastrico; madre vivente e affetta da anemia perniciosa. Sei anni fa ha sofferto di reumatismo articolare acuto ed è stato obbligato al letto per trenta giorni: tre anni fa è stato colpito nuovamente da poliartrite, che gli ha residuato una endocardite.

Anche questa volta, come nei precedenti attacchi, la forma morbosa è insorta improvvisamente il 10 agosto 1930, con febbre piuttosto elevata (39°) e con quasi tutte le articolazioni dolenti: nessuna però presenta spiccati segni di tumefazione e di rossore, come nei precedenti attacchi, che furono seguiti e curati da altro sanitario. Ha scarsa sudorazione.

Prescrivo anche qui salicilato di sodio, in dose di otto grammi giornalieri, immobilità, unzione con olio caldo alle parti dolenti e venti gocce al dì di tintura di digitale, per aiutare il cuore che, come ho accennato, mostra chiari i segni di una insufficienza mitralica, che pare però bene compensata. Dopo quattro giorni di cura, si ha completa remissione della febbre e scomparsa del dolore in quasi tutte le articolazioni, delle quali restano ancora dolenti, ma in modico grado, quella del gomito sinistro e del ginocchio sinistro.

Lascio così il malato con l'ordine di prendere un poco meno di salicilato (5 grammi al dì), perchè già provocava nausea, riserbandomi di rivederlo dopo una settimana e prima ad ogni modo di lasciare il letto. Ma dopo quattro giorni, durante i quali io ero quotidianamente informato dai fratelli sulle sue condizioni, che parevano migliorare a grandi passi, alle ore 22 del 18 agosto e cioè dopo otto giorni dall'inizio della malattia, il malato improvvisamente dà segni di forte agitazione e cerca violentemente di allontanare i fratelli che tentano calmarlo e trattenerlo in letto: in questo stato delirante lo trovo io, con febbre a 40°,7, ma che forse superava questa cifra, se si fosse potuto far tenere a modo il termometro, polso a 150, con abolizione completa di sudore e con estesa eruzione miliariforme per il corpo. Dopo due ore di delirio, è deceduto con evidenti segni di edema polmonare. Anche in questo caso io non ho potuto che limitarmi ai soliti tonici cardiaci (canfora e caffeina) ed a continui impacchi freddi sul corpo, per sottrarre calore.

L'andamento clinico dei casi che ho narrato è stato di una identicità sorprendente ed, a parer mio, non era prevedibile, anche all'osservatore più attento, la localizzazione cerebrale e l'esito così fulmineo. Qualche volta alcuni sintomi premonitori, come l'agitazione, la sonnolenza, l'intensa cefalea, qualche conato di vomito, possono richiamare l'attenzione del medico al sistema nervoso e far quivi sospettare una localizzazione della tossina reumatica. Di regola si afferma che è raro vedere insorgere, in modo brusco, la sindrome nervosa e chiudersi il quadro morboso in modo acutissimo, quando al paziente si sono somministrate dosi generose di salicilato di sodio: invece è appunto dopo che l'organismo è già impregnato di rimedio specifico e cioè dopo che vi sono state altre localizzazioni articolari, muscolari, ossee, che di solito si vede comparire l'iperpiressia e chiudersi così tragicamente e fulmineamente il quadro: nella letteratura che io ho consultato, non ho trovato riportato un solo caso di reumatismo iperpiretico, manifestatosi senza che prima vi siano stati segni premonitori, magari fugaci, di infezione e localizzazione reumatica o ad una articolazione o ad una regione muscolare od ossea.

Sembra pure che il reumatismo cerebrale colpisca più facilmente chi ha il cervello affaticato da eccessiva applicazione o più labile per speciale predisposizione neuropatica ereditaria, dovuta essa o ad alcoolismo dei genitori o del paziente stesso, oppure a pregresse malattie (tubercolosi, sifilide, ecc.) ledenti questo organo.

Questa indagine ho perciò fatto minutamente, per trovare una ragione per poter spiegare in parte la localizzazione nervosa. Ma nulla ho trovato nelle famiglie: nessuna tara luetica od alcoolica, nessun caso di tubercolosi. Dei due giovani, uno era astemio, l'altro modico bevitore e nessuno fumatore. Uno colono e certamente non sottoponeva il suo cervello ad eccessive applicazioni, l'altro studente di una scuola industriale, ove, si sà, il lavoro cerebrale è molto limitato.

Per ambedue, sia per averlo essi decisamente negato e più perchè io conoscevo molto bene le loro abitudini, era da escludersi qualsiasi contagio venereo e sifilitico. Non vi sono stati, in nessuno dei due decorsi clinici, quei segni di allarme cui ho accennato prima, (sonnolenza, cefalea, conati di vomito, fotofobia) da far prevedere la funesta complicazione. L'osservazione che per Ferri assume una certa importanza diagnostica e prognostica e cioè il fallimento della cura salicilica, io non ho avuto modo di sfruttarla, perchè in seguito alla cura, io ho visto in ambedue i casi cedere la temperatura ed attenuarsi e scomparire i dolori articolari e non poche ore prima del decesso, ma giorni prima. Si dà grande importanza al segno della scomparsa delle artropatie: i dolori però scompaiono di solito quando già la

temperatura ha raggiunto gradi altissimi ed invece questo segno dovrebbe avere valore solo in quanto fosse osservato prima dell'improvviso elevarsi di questa, come era ben riscontrabile in uno dei miei casi, in modo netto. Da notarsi invece l'osservazione che tanto in un caso che nell'altro, le regioni dolenti non erano tumefatte e arrossate come nelle comuni forme reumatiche acute. Non ho invece elementi sicuri per asserire se vi siano state, durante il decorso, minzioni frequenti.

Chi seguendo lo schema del « Besnier » che dà tre tipi di reumatismo cerebrale, l'*acutissimo*, detto altrimenti apoplessia reumatica, l'*acuto*, che può svolgersi in due o tre giorni, il *sub-acuto* o *cronico* che può prolungarsi per mesi e mettere il paziente talvolta in uno stato di malinconia e talvolta in preda ad allucinazioni o con un vero delirio lipemaniaco, voglia classificare i casi da me riportati, conviene li inquadri fra i reumatismi cerebrali acutissimi o, con termine forse più adatto, fra le apoplessie reumatiche.

Meno di mezz'ora è passata dall'insorgere del delirio alla morte, nel classico caso di Trousseau; circa quaranta minuti nel primo dei casi da me riportati. Il carattere di puro contributo casistico che hanno queste mie due osservazioni cliniche, non mi permette di dilungarmi sulla prognosi e sulla terapia. Voglio solo affermare, che, qualora fosse anche accertato che il reumatismo iperpiretico si manifesti raramente se l'ammalato riceve dosi sufficienti di salicilato di sodio, che iniziano da un minimo di quindici grammi giornalieri, all'atto pratico difficilmente si riesce a fare introdurre per bocca una quantità così forte di medicamento e per un periodo non breve, causa i notevoli disturbi gastrici che provoca. E non consigliabile è l'introduzione per via endovenosa, poichè già sono stati segnalati mortali incidenti, consecutivi ad iniezioni di salicilato di sodio. La nostra opera resta perciò ancora limitata alla pratica di sottrarre calore con l'impacco freddo generale o meglio, quando le condizioni di ambiente lo permettano, col bagno freddo a 25°.

RIASSUNTO.

L'A. ha portato il contributo di due casi di apoplessia reumatica avvicinantisi, per l'impetuoso modo di esplodere e di estinguersi, al classico caso del Trousseau.

BIBLIOGRAFIA.

V. DE BERNARDINIS. Giornale di Medicina Militare, aprile 1932.
A. FERRI. Policlinico. Sez. Pratica, 1933, n. 4.
CHARCOT e BOUCHARD. *Trattato di Medicina*.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Il trattamento dell'ipercloridria e dell'ulcera gastroduodenale con l'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi.

(P. L. DROUET. *Arch. malad. app. dig. et nutrition*, dicembre 1933).

Da una diecina d'anni, il trattamento medico dell'ulcera gastrica si è del tutto trasformato. Alle antiche medicazioni (regime, alcalini, polveri inerti) che hanno subìto delle modificazioni, si sono venuti aggiungendo altri procedimenti che hanno al loro attivo dei risultati incoraggianti. Sono fra questi, la proteinoterapia, l'angioxyl e specialmente l'insulina, l'estratto paratiroideo, la pepsina in iniezioni sottocutanee, oltre al benzoato di sodio che l'A. non nomina.

Può sembrare paradossale il fatto che si ottengano buoni risultati con mezzi così disparati; si deve tener presente, del resto, l'incertezza nostra sulla patogenesi dell'ulcera sicchè la molteplicità dei mezzi utili dimostra la complessità del problema eziologico.

Tra i fattori costanti dell'ulcera è da rilevarsi la ipercloridria, contro la quale non si conoscevano altri mezzi che le polveri assorbenti e la belladonna. L'A., nel trattamento di un malato in cui le condizioni venivano aggravate dall'insulina, ebbe l'idea di usare l'estratto del lobo posteriore d'ipofisi, che ha azione antagonista con la prima e di cui era già stata messa in rilievo sperimentalmente l'azione frenatrice sulla produzione dell'acido cloridrico. I buoni risultati ottenuti lo incoraggiarono a proseguire ed egli ora riporta un'ampia statistica di successi.

TECNICA DEL TRATTAMENTO.

L'A. usa le fiale d'estratto del lobo posteriore d'ipofisi dosate ad 1/4 di lobo od a 40 unità. Se ne inietta una al giorno, preferibilmente 1-2 ore dopo il pasto di mezzogiorno, facendo delle serie di 12 iniezioni, distanziate di 8-10 giorni. Nell'ipercloridria, bastano 1-2 serie, nell'ulcera sono necessarie 3-4. Scomparsi i segni clinici e radiologici, conviene fare un'altra serie dopo 15-20 giorni di riposo.

Questo trattamento non sopprime la necessità del regime consueto dell'ipercloridria, che però può essere rapidamente allargato quando si manifesta il miglioramento. Invece, è bene astenersi dalle polveri alcaline od inerti ricorrendo soltanto eventualmente alla belladonna (20-40 gocce *pro die* della tintura) od all'atropina (1/2-1 mg.), che attenuano gli effetti talvolta molesti dell'estratto post-ipofisario sulla motilità gastrica e la contrazione del piloro.

Inconvenienti. L'ideale sarebbe quello di ottenere un prodotto che agisce soltanto sulla secrezione gastrica e privo delle altre azioni; ciò non è stato finora possibile. Si possono quindi avere delle reazioni benigne come: 1) vasocostrizione precoce, che si manifesta con il semplice impallidimento; 2) aumento dell'intensità delle contrazioni gastriche (per evitarle è appunto utile la belladonna); 3) contrazioni intestinali, manifestantesi con coliche secche; sono rare e scompaiono con la cessazione del trattamento; in generale, la funzione intestinale migliora; 4) fenomeni di spasmo vascolare, osservati in un solo malato (intorpidimento del braccio con leggera paresi transitoria).

Il trattamento per via nasale (polvere di estratto post-ipofisario) e risultato inefficace.

RISULTATI.

Su 33 malati, l'A. ha ottenuto: 15 guarigioni (8 ipercloridrie e 7 ulceri); 16 miglioramenti, classificati tali perchè non è ancora trascorso un tempo sufficiente di osservazione (5 ipercloridrie e 11 ulceri); 2 insuccessi. I singoli effetti della cura sono i seguenti:

Modificazioni dell'acidità del succo gastrico. La secrezione gastrica è diminuita di quantità e diminuisce altresì la sua ricchezza in acido cloridrico.

Sintomi clinici. Il dolore si attenua abbastanza rapidamente per scomparire del tutto verso la fine della prima serie. Quando si tratta di dolore tardivo derivante in parte dalla stenosi, funzionale o non, del piloro, l'attenuazione è più lenta; da ciò l'utilità della somministrazione di belladonna. Cessano rapidamente i vomiti, si attenuano e scompaiono i segni di iperacidità (pirosi, bruciore retrosternale). Le conseguenze del miglioramento dei segni principali sono la rapida tolleranza all'alimentazione, il ritorno dell'appetito, la ripresa del peso e di un buono stato generale.

Nel caso di lesioni ulcerose molto gravi, il trattamento medico non può dare, evidentemente, che una sedazione dei sintomi, rendendo il malato più resistente per un ulteriore intervento chirurgico.

Segni radiologici. Il miglioramento di questi è evidentemente in rapporto con l'intensità delle lesioni. D'altra parte, si deve riconoscere che, malgrado la cicatrizzazione dell'ulcera, possono persistere delle sequele radiologiche. Nonostante queste, e quando il quadro radiologico si è stabilizzato, l'A. non esita a dichiarare la guarigione di fronte alla scomparsa dei segni subbiettivi, obbiettivi e generali.

L'efficacia stessa della cura può creare una condizione di cose sfavorevole, nel senso che il miglioramento rapido e notevole induce spesso i malati ad abbandonare troppo presto le cure mediche ed a riprendere il lavoro; da ciò la frequenza di ricadute, che però cedono rapidamente al nuovo trattamento.

La rapidità con cui si ottengono i buoni risultati è una prova evidente dell'attività della terapia. Si comprende che si possa rimanere dubbiosi di fronte ad una terapia che impiega un mese a portare il miglioramento; ma la scomparsa dei fenomeni (dolori, pirosi, vomiti) che si effettua in 3-4 giorni non può essere dovuta a semplice coincidenza, bensì attribuita alla terapia stessa.

Il meccanismo d'azione consisterebbe nell'abbassamento tissulare dei cloruri, per cui si ha diminuzione dell'acidità gastrica e la guarigione dell'ipercloridia. ciò che spiega l'evoluzione favorevole delle ulceri.

Le *controindicazioni* generiche sono limitate alla grande ipertensione arteriosa ed alla gravidanza; così pure, la cura è sconsigliabile nella litiasi biliare, in cui può provocare delle crisi di colica vescicolare.

Il trattamento post-ipofisario è dunque indicato:

1) nelle gastriti ipercloridriche, associato al regime e ad un'alimentazione corretta;

2) nelle ipercloridrie di origine nervosa ed in quelle connesse con certi disturbi patologici della cistifellea (colecistite cronica *non litiasica* e specialmente la sindrome di colecistotomia;

3) nell'ulcera gastrica, specialmente all'inizio; in presenza di complicazioni con segni obbiettivi caratteristici, il trattamento post-ipofisario non darà che un'attenuazione dei fenomeni per i quali sarà opportuno l'intervento chirurgico. Utile è il trattamento nelle ulceri ad ematemesi frequenti, avendo esso un certo potere emostatico;

4) nell'ulcera del duodeno nonchè in quella peptica.

L'uso dell'estratto post-ipofisario appare pertanto pienamente logico e fondato sull'osservazione dei fatti; applicato con discernimento esso è pertanto destinato a dare reali vantaggi.

fil.

Il drenaggio del tenue nell'ileo paralitico e nelle occlusioni.

(R. BERNARD. *Revue de Chirurgie*, n. 80, 1933, pag. 608).

Nell'ileo paralitico post-operatorio prontamente debbono essere espletate le cure mediche (reclorurazione con iniezioni endovenose di soluzione iperclorurata).

Quando i malati non migliorano col trattamento ipertonico occorre ricorrere alla terapia chirurgica.

Furono da prima praticati la gastrostomia temporanea od il sondaggio continuo del duodeno. Oggidì sono praticate le punture del tenue, le anastomosi (ileo-coliche. digiuno-coli-

che), le enterotomie, le enterostomie. Per praticare l'enterostomia occorre esteriorizzare bene l'ansa, per evitare spandimento endoperitoneale.

Le enterostomie sono certamente da considerarsi come il metodo di scelta. Esse sono da raccomandarsi per la facilità della tecnica e per la loro innocuità. Sono da praticarsi col metodo di Witzel e si realizza un infossamento della sonda per una diecina di centimetri! Occorre tener conto che la fine del tenue, il cieco ed il colon non partecipano alla distensione e ciò significa chiaramente che l'ano ciecale o colico sono inefficaci. Perciò le enterostomie sono indicate negli ilei paralitici puri, allorquando le iniezioni ipertoniche restano visibilmente senza effetto e non bisogna attendere che lo stato generale si indebolisca. Negli stadii iniziali di ileoparalitico quando ancora è conservata la peristalsi intestinale si può praticare l'ileostomia nella fossa iliaca destra. Ma nei casi avanzati è più indicata una fistola intestinale alta, un abboccamento alla parete nelle regioni paraombelicali. Immediatamente dopo praticata la stomia si inietta attraverso la sonda un mezzo litro di soluzione iperclorurata. Indi si somministrerà un purgante salino.

Furono praticate enterostomie anche nelle peritoniti acute generalizzate; però in esse l'ileo è meno importante di quello che si crede, per cui tali operazioni furono seguite da morte dei peritonitici.

Da alcuni autori è stata consigliata l'enterostomia preventiva nelle gravi operazioni addominali; ciò si potrebbe praticare specialmente nell'addomino-perineale per cancro del retto.

L'A. riporta 5 casi: 1) Ileo paralitico dopo ileo-trasversostomia per cancro operabile del colon discendente. Vuotamento del tenue. Guarigione; 2) Ileo paralitico dopo isterectomia subtotale per fibroma. Vuotamento del tenue. Continuazione degli accidenti. Enterostomia. Guarigione; 3) Ileo dopo subtotale per fibroma. Enterostomia prima nella fossa iliaca destra poi pararettale a sinistra. Guarigione; 4) Ileo dopo subtotale per salpingite mal raffreddata. Enterostomia. Guarigione; 5) Peritonite acuta generalizzata dopo aborto. Enterostomia pararettale sinistra ed iliaca destra. Morte.

Il vuotamento del tenue nelle occlusioni meccaniche può essere praticato, dopo aver tolto l'ostacolo, con enterotomia. Se ne può praticare una od anche due, facendo un'incisione di 2-3 centimetri. Rapidamente si deve chiudere l'apertura intestinale con accurata sutura. Dopo fatto il vuotamento si può somministrare un purgante. Quando si crede di praticare la enterostomia si adopera la Witzel, che l'autore ha praticato due volte.

La cura medica ipertonica resta il centro della terapia degli stati occlusivi.

JURA.

Gli accidenti gravi della rettoscopia.

(MENEGAUX. *La Presse Médicale*, 6 dicembre 1933).

La rettoscopia è un metodo d'indagine endoscopica di uso corrente, ritenuto non doloroso e innocuo. L'A., però, avendo recentemente avuto occasione di osservare un caso di peritonite ad esito letale, in seguito alla rottura intraperitoneale di un ascesso perisigmoideo, manifestatasi dopo una rettoscopia, crede opportuno ricordare quali siano gli accidenti gravi che possono manifestarsi in seguito alla rettoscopia, consiglia degli accorgimenti per evitarli e il trattamento più opportuno quando si siano verificati.

Si distinguono:

a) gli accidenti in rapporto con le perisigmoiditi e le diverticoliti;

b) gli accidenti all'infuori delle sigmoiditi.

Alla prima categoria appartiene il caso dell'A., al quale si è accennato sopra e che rimane unico nella letteratura; però la possibilità della rottura di una raccolta perisigmoidea in seguito alla rettoscopia è riconosciuta dagli AA. più autorevoli in materia. Quanto alla perforazione di un diverticolo, determinata dalla rettoscopia, se ne conoscono due casi.

La seconda categoria comprende le perforazioni del retto, avvenute durante la rettoscopia, non in rapporto con le perisigmoiditi o con la presenza di diverticoli.

La perforazione si è sempre verificata nella porzione di retto ricoperta dal peritoneo e, nella grande maggioranza dei casi, nel punto di unione retto-sigmoidea; ciò è dovuto alla brusca gomitatura che il lume intestinale presenta in questo punto: alcuni AA. ammettono anzi l'esistenza di un vero e proprio sfintere retto-sigmoideo. Le dimensioni della perforazione sono variabili, ma in genere abbastanza notevoli e in rapporto con il calibro del rettoscopio (cm. due di diametro, circa); qualche volta la perforazione è anche più grande e, in quei casi in cui l'accidente si è verificato in seguito all'insufflazione, si può anche avere un vero scoppio del viscere.

Altri accidenti, oltre la perforazione, imputabili alla rettoscopia, sono l'emorragia, rara e non grave, e la contusione del mesosigma con ematoma tra le pagine del meso, o addirittura lo strappamento del meso stesso con emorragia profusa.

Conseguentemente, per evitare simili disastri, l'esame rettoscopico dovrà essere considerato nettamente controindicato non solamente in quei casi in cui la presenza di diverticoli è conosciuta, ma anche in quei casi in cui tale presenza è anche solamente sospettabile; del resto l'utilità della rettoscopia in questi casi è ben scarsa, non si ha che raramente un reperto positivo. In ogni modo la rettoscopia, se si decide di ricorrere a questo metodo, non avrà luogo se non dopo la scomparsa di

qualsiasi manifestazione infiammatoria. Dopo l'esame endoscopico il paziente sarà sorvegliato con cura.

Per quel che riguarda la tecnica la massima fondamentale è costituita dalla dolcezza e dalla prudenza; la posizione preferibile è la genu-pettorale, posizione che facilita l'introduzione del tubo e il passaggio dell'angolatura retto-sigmoidea. È sconsigliabile l'anestesia generale che non permette la posizione genu-pettorale, abolisce il riflesso al dolore, sempre salutare, e rende più facili le manovre di forza. Per facilitare il passaggio retto-sigmoideo è stata preconizzata, e ampiamente usata in passato, l'insufflazione; tale pratica, che ha al suo passivo gravi accidenti di perforazioni, è da scartarsi; in caso di difficoltà, tolto il mandrino, si procederà con prudenza sotto il controllo della vista.

Pur seguendo una tecnica esatta sarà bene avere presente la possibilità d'una perforazione rettale: il sintomo abituale di questa è il dolore, generalmente intenso; altre volte si può avere uno stato sincopale, con pallore e piccolezza del polso, che può giungere fino alla perdita della conoscenza; questa fenomenologia, che può essere anche lieve e sfumata, può presentarsi per semplice riflesso senza lesione anatomica del retto; ne consegue la necessità di un'accurata sorveglianza dei pazienti. Accertata la perforazione questa sarà riparata accuratamente con piani multipli di sutura attraverso una laparotomia mediana sottombelicale; se la perforazione ha sede in un diverticolo questo sarà resecato e il moncone affondato; sarà sempre molto utile una colostomia temporanea a monte della lesione in modo da costituire una valvola di sicurezza che scarichi la sutura.

L'evenienza più grave è quella della rottura di una raccolta perisigmoidea: in questo caso l'intervento sarà limitato alla laparotomia e al drenaggio.

In questi accidenti da rettoscopia la mortalità è alta: circa il 50 %; tanto maggiore è quindi l'importanza degli accorgimenti che permettono di evitarli. L. FERRETTI.

TISIOLOGIA.

L'eredità nell'infezione tubercolare.

(A. CASTELLI. *Archivio di Medicina e Chirurgia delle Opere Antitubercolari del Comune di Milano*, ottobre 1933-XI).

Ippocrate nella prima descrizione della tisi polmonare fa cenno alla contagiosità ed alla ereditarietà della malattia. Tali concetti, confusi tra di loro, dominarono per tutto il Medio Evo, con predominio assoluto dell'idea della ereditarietà. Nel 1882 la scoperta di Koch fornì la prova inconfutabile della natura infettiva della tubercolosi; non per questo fu abbandonata l'idea della ereditarietà di essa. In seguito ci si accorse che questa trasmissione dai genitori ai figli è tutt'altro che frequente.

Fu così rivelata l'importanza del contagio familiare e si fece strada il concetto di forme latenti tubercolari capaci di spiegare meglio di una supposta eredità di terreno, l'insorgere di una tubercolosi in soggetti apparentemente predisposti.

C'è anzi chi arriva all'eccesso opposto: a volere cioè vedere nel figlio di tubercolotici una certa eredo-immunità, che però non è incompatibile con la eredo-disposizione.

L'A. si propone di chiarire la quistione esaminandola in tutti i suoi molteplici aspetti.

Anzitutto nel caso della eredità della tbc. è necessario rimarcare come non si tratta di eredità germinale vera e propria, ma di infezione concezionale che potrebbe avvenire a carico dell'elemento genitale maschile o a carico dell'uovo.

Il bacillo può giungere allo spermatozoo o all'uovo per via sanguigna (bacillemia tbc.) o per contiguità (tbc. uro-genitale).

In pratica però l'infezione concezionale, come sorgente di tubercolosi a sviluppo postnatale non è appoggiata da nessun fatto positivo che valga a farne ammettere con certezza, la possibilità.

La via transplacentare è la più importante via di infezione del feto durante la sua vita endouterina. La placenta è una barriera insuperabile per il bacillo quando è integra, ma ne permette il passaggio al feto, se è lesa la sua integrità. Ciò avviene per localizzazione tbc. in qualche sua parte o per malattie intercorrenti febbrili (malaria, scarlattina, vaiolo, tifo, ecc.), ma sopratutto a causa della sifilide.

Fino al 1922 erano stati pubblicati 113 casi di infezione transplacentare autentici e 519 dubbi.

Anatomo-patologicamente appaiono interessati nel feto: il fegato, la milza, i gangli dell'ilo epatico e quelli del mediastino, i reni, i visceri del torace e dell'addome e il midollo delle ossa.

Di fronte però alla grande frequenza delle lesioni tbc. della placenta, è molto piccolo il numero dei casi di tbc. congenita sicuramente dimostrati. Anche sperimentalmente la trasmissione transplacentare della tbc. appare piuttosto rara.

In conseguenza di queste ricerche si tornò all'idea antica vista sotto nuova luce e alla eredità del bacillo venne sostituita l'eredità del terreno adatto al suo sviluppo.

L'eredità del terreno è ammissibile per trasmissione germinale: infatti il plasma germinale potrebbe essere modificato, sì da conferire al futuro organismo una impronta somatica ed umorale tale da renderlo adatto all'attecchimento ed allo sviluppo del virus. E si può anche ammettere il passaggio a traverso la placenta normale di prodotti biologici sia tossici che immunizzanti capaci di influenzare il

feto nella formazione ed accrescimento. Si può così ammettere tanto una eredo disposizione che una eredo resistenza legata alla eredità di terreno in senso lato. L'A. però secondo la sua esperienza è di opinione che nei nati da madri con lesioni tubercolari attive ed importanti esiste una eredo inferiorità che li rende meno resistenti dei nati da madri sane, ma che per questi nati esiste nei rapporti della tbc. la stessa recettività generica, che essi hanno per tutte le altre malattie infettive. I nati invece da madri con lesioni tbc. lievi non presentano nessuna seria ripercussione ereditaria nè generica, nè specifica.

Nei confronti dell'eredo-resistenza l'A. pur ammettendo che tra i popoli civili vengono trasmessi certi stati di resistenza contro la malattia, nega una immunità tubercolare naturale nell'uomo.

I recenti studi sulla fase filtrabile del bacillo di Koch, hanno riaperta la quistione dell'eredità tubercolare.

Ma purtroppo non è ancora indiscutibilmente accertata l'esistenza del virus tbc. e di conseguenza non può essere risolta la questione della sua trasmissibilità germinale e transplacentare. Perciò agli effetti della eredità nella infezione tbc. le cose restano al punto di prima: non si nasce tubercolosi, ma vi si diventa.

VICENTINI.

L'infiltrato precoce.

(I. FISCHER. *Bull. Méd.*, 23 settembre 1933).

L'A., dopo aver ricordato le conclusioni più importanti delle moderne ricerche sull'infiltrato precoce, riporta la classificazione di Ulrici degli stadi evolutivi della tubercolosi polmonare.

I. — 1) infiltrato precoce; 2) regressione, trasformazione fibrosa apicale; 3) guarigione.

II. — 1) infiltrato precoce; 2) caseificazione; 3) regressione; 4) guarigione.

III. — 1) infiltrato precoce; 2) caseificazione; 3) fusione caseosa; 4) caverna precoce; 5) trasformazione in focolaio cirrotico isolato; 6) guarigione.

IV. — 1) infiltrato precoce; 2) caseificazione; 3) fusione caseosa; 4) caverna precoce; 5) tisi produttiva apico-caudale; 6) stadio quaternario, morte per tisi primitiva.

V. — 1) infiltrato precoce;: 2) caseificazione; 3) fusione caseosa; 4) caverna precoce; 5) disseminazione senza limiti; 6) tubercolosi produttiva apico-caudale; 7) tisi cirrotica, tubercolosi torpida; 8) complicazioni secondarie, morte per tisi secondaria.

VI. — 1) infiltrato precoce; 2) caseificazione; 3) fusione caseosa; 4) caverna precoce; 5) diffusione senza limiti; 6) tisi essudativa, morte per tisi primitiva.

VII. — Come V, ma tubercolosi torpida che può prendere un andamento favorevole verso la guarigione.

C. TOSCANO.

Contributo allo studio dell'ernia del mediastino in corso di pneumotorace artificiale.

(LONGO. *Rivista di Patologia e Clinica della tubercolosi*, 31 ott. 1933).

L'ernia del mediastino è tra le complicazioni più rare, in corso di pneumotorace artificiale ed il modo di prodursi è ancora discusso.

Il mediastino, rappresentato da un setto elastico sospeso tra colonna vertebrale e sterno in senso sagittale, e tra colonna e diaframma in senso verticale, deve soggiacere alle forze di pressione e trazione nei due emitoraci; uno squilibrio di tali forze porta allo spostamento del mediastino in toto o parzialmente secondo Rit. Per Morelli la dinamica respiratoria esercita una trazione eguale sul mediastino, sul diaframma e sulla parete toracica; per Parodi tale dinamica è dovuta ai due emidiaframma, il cui asincronismo e ineguaglianza porta allo spostamento del mediastino.

Nel mediastino vi sono punti facilmente cedevoli; fu Grocco che mise in evidenza lo spostamento del mediastino posteriore inferiore nella pleurite essudativa (triangolo paravertebrale). In seguito Mitsch e Cevidalli riprendendo gli studi di Avezzù, Banti, Pieraccini, Boeri, Carpi, Baduel e Siciliano, dimostrarono la esistenza di due punti cedevoli nel mediastino: uno nella loggia timica (punto anteriore superiore di Mitsch) e l'altro fra l'aorta e l'esofago posteriormente in basso, (punto posteriore inferiore di Mitsch).

Queste sono le sedi di formazione dell'ernia del mediastino, che possono prodursi in seguito a polmonite nei lattanti secondo Duchen, a bronchiettasie secondo Burchard per rottura del parenchima polmonare e spandimento gassoso nel cavo pleurico, a processi glandolari ilari per appiattimento dell'emitorace corrispondente a trazione del mediastino anteriore superiore (Robinson); però la causa più frequente è il pneumotorace artificiale nel quale non è la forte pressione endopleurica a determinarla, dappoichè si può avere anche con valori negativi. Noti sono gli spostamenti del mediastino nei gravi processi di cirrosi polmonare specie quali esiti di pleurite pneumotoracica con relativo processo sinfisario; è all'azione traente sul mediastino per la sinfisi, ed alla compressione del polmone controlaterale a cui si deve anche aggiungere l'azione del gas secondo Martini, che dobbiamo la formazione dell'ernia.

Efer ammette che nei casi in cui manca il processo sinfisario, la formazione dell'ernia sia dovuta all'azione traente del polmone sano, confermando così la teoria del Morelli secondo il quale l'ernia viene a formarsi dal lato del quale è maggiore la forza di aspirazione quando per una causa qualsiasi (pneumotorace) si rompe l'equilibrio mediastinico. Avezzù pensa che alle suddette cause si debba aggiungere il fattore individuale giacchè egli ha visto co-

me la formazione dell'ernia sia più facile nei soggetti gracili, longilinei, nei quali il mediastino presenta una certa cedevolezza nel punto anteriore superiore (loggia timica).

L'A. descrive due casi di ernia mediastinica in corso di pneumotorace nel primo dei quali egli pensa che concorse a formarla:

1° la sostituzione, trattandosi di soggetto longilineo, gracile, astenico;

2° la rottura dell'equilibrio mediastinico per abolizione della forza di trazione del polmone collassato;

3° l'azione traente del polmone sano.

Nel secondo caso, individuo di costituzione regolare, ma in condizioni generali deperite, siasi dovuto:

1° alla rottura dell'equilibrio mediastinico agevolato da pressione leggermente positiva;

2° ad una particolare cedevolezza del mediastino.

Per la diagnosi clinica oltre alla sintomatologia accusata dagli ammalati alcune volte imponente (dispnea, dolori retrosternali, difficoltà di respiro) altre volte però muta e nei quali solo l'esame radiografico ha messo in evidenza l'ernia, un attento esame obbiettivo che ci fa delimitare una zona dal lato dello sterno a linea curva, a suono iperfonetico quasi timpanico, la ricerca del fenomeno di Morelli e la percezione dei fenomeni ascoltatori presenti nella cavità pneumotoracica, ci porteranno a pensare alla esistenza dell'ernia, che troverà conferma nell'esame radiografico.

Per la cura l'A. ha praticato nei suoi casi una decompressione e quindi piccoli rifornimenti distanziati e ritiene necessaria una oculata sorveglianza clinica e radiologica degli infermi. GONZALES.

MISCELLANEA.

Nuove vedute sull'etio-patogenesi della malattia reumatica.

(J. CASTAIGNE, F. FRANÇON e R. MERKLEN. *Journal Médical Français*, agosto 1933).

Durante l'ultimo ventennio il reumatismo articolare acuto ha subìto una profonda revisione, in base alla quale i fatti che sembravano essenziali, le lesioni articolari, sono risultate del tutto accessorie. Allo scopo pertanto di dare alla malattia un nome più appropriato e corrispondente ai fatti etio-patogenetici, anatomo-patologici e clinici, si è proposto di abbandonare quelli di reumatismo articolare acuto e di poliartrite reumatica acuta, e conferirle quello di malattia reumatica.

Le idee moderne su questa malattia derivano da una serie di ricerche anatomiche e cliniche, le prime fatte da Aschoff, Tawara, Geipel, Letulle, Bezançon e M. P. Weill, le seconde da questi due ultimi autori, che sintetizzando gli elementi raccolti da tutti i ricercatori vennero alle seguenti conclusioni:

1) La malattia reumatica è un'infezione microbica da germe ignoto, ma specifico. È debolmente contagiosa ed è assolutamente indipendente dal terreno artritico.

2) È caratterizzata anatomicamente da un elemento specifico, il nodulo di Aschoff, la cui sede di elezione è il miocardio. Il nodulo di Aschoff può esistere solo o accompagnato dalle classiche alterazioni dell'endocardio e del pericardio, e può trovarsi, oltre che nel cuore, in altri tessuti.

Le lesioni cardiache sono notevoli per la doppia tendenza sclerocicatriziale ed evolutiva. Esse costituiscono l'inesauribile riserva del virus reumatico.

3) Le lesioni cardiache non mancano mai, rappresentano la localizzazione essenziale della affezione. Costituiscono un processo cronico che può evolvere insidiosamente ed avere episodî acuti o subacuti, con o senza manifestazioni articolari.

Le artriti, viceversa, sono contingenti e la malattia è una cardiopatia cronica con riacutizzazioni successive interessanti il sistema nervoso.

4) La natura fugace delle artropatie reumatiche fa pensare che esse non sono dovute all'azione diretta del virus su i tessuti articolari, ma ad un meccanismo proteico o allergico.

5) Il salicilato agisce, verisimilmente, non come un antisettico, ma come antiallergico, decongestionante. Così si spiegherebbe il paradosso terapeutico. il contrasto fra la notevole efficacia del salicilato sulle manifestazioni articolari, ed il suo effetto debole o dubbio sulle lesioni cardiache.

L'accordo sulla natura infettiva delle malattie reumatiche cessa quando si tratta di precisare il germe che ne è la causa. Le teorie espresse al riguardo sono: 1) La malattia reumatica sarebbe dovuta a ceppi speciali di streptococchi; 2) essa rappresenterebbe una modalità speciale di reazione articolare di fronte a germi di varie specie; 3) sarebbe di origine tubercolare.

A tutte queste teorie va aggiunta l'altra secondo la quale la malattia sarebbe di natura diatesica, microbica. Si tratta di una teoria che ha pochi sostenitori: i caratteri clinici della malattia sono tali da farla ritenere sicuramente di natura infettiva.

Sta di fatto, però, che il germe specifico della malattia reumatica non è stato ancora identificato. Il sangue ed il liquido articolare delle articolazioni lese sono generalmente sterili. Nelle lesioni cardiache sono stati molte volte isolati germi appartenenti al tipo degli streptococchi. Ma la varietà dei germi isolati, e l'incostanza della loro presenza fa ritenere che si tratti di infezioni secondarie.

Il germe specifico che determina la lesione specifica, il nodulo di Aschoff, è ancora ignoto.

Malgrado i progressi fatti sull'anatomia patologica, sulla clinica e sulla patogenesi del reumatismo articolare acuto o della malattia reumatica, la cura rimane immutata: il salicilato di soda rimane sempre il medicamento specifico o quanto meno il più efficace.

L'azione del salicilato sulle lesioni articolari è indiscussa. Qualcuno nega l'azione curativa sulle lesioni cardiache, ma dopo che il salicilato s'impiega a forti dosi e per lunghi periodi i risultati positivi si fanno sempre più numerosi.

Poco importa se non si conosce quale sia il meccanismo in azione del farmaco, se direttamente sull'agente patogeno o indirettamente sul processo allergico secondario; quel che è certo si è che il salicilato è efficace contro la malattia reumatica e contro tutte le sue localizzazioni. DR.

Studio comparativo sul valore delle droghe usate nel trattamento continuato dell'angina pectoris.

(W. EVANS, C. HOYLE. *The Quarterly Journal of med.*, luglio 1933).

Non vi è ancora un accordo completo sul miglior metodo di trattamento dell'*angina pectoris*. È mancato sinora uno studio metodico sul valore da dare alle varie droghe a tale scopo usate e le opinioni a riguardo si basano troppo spesso su operazioni incontrollate ed isolate. Tale stato di cose giustifica lo studio che gli AA. hanno compiuto: studio tanto più opportuno in quanto a molte delle vecchie cognizioni al riguardo non si può dare oggi alcun valore, data la confusione prima esistente fra angina da sforzo e tubercolosi coronaria. Il problema potrà essere chiarito soltanto per mezzo di un accurato studio delle condizioni in cui si verifica l'angina da sforzo, argomento verso cui converge attualmente l'attenzione degli studiosi.

Gli AA. hanno voluto portare un notevole contributo alla questione facendo delle prove sistematiche allo scopo di stabilire quale delle droghe usate nel trattamento continuato dell'*angina pectoris* desse migliori risultati per quanto riguarda la frequenza e l'intensità degli attacchi. Hanno così studiato una serie di 90 pazienti con *angina pectoris* da sforzo per un periodo di due anni e mezzo. Erano esclusi i casi di angina di origine luetica e la trombosi coronaria era considerata come complicazione.

La cura con le varie droghe durava dalle due alle quattro settimane o più, sì da poter stabilire chiaramente l'effetto della droga sulla frequenza ed intensità degli attacchi. In ciascun caso poi si attuava una terapia di controllo sostituendo la droga attiva con *placebo* (genziana). Le droghe usate furono: nitrito di sodio, esanitrato di mannitolo, tetranitrato di eritrolo, joduro di potassio, luminal, cloralio, morfina, papaverina, fenacetina, diuretina, eufillina, belladonna; digitale, lacarnol, harmol. I risultati ottenuti sono scoraggianti: essi mostrano come con ciascuna delle suddette droghe si sia riusciti ad ottenere un lieve miglioramento sia sulla frequenza che sulla intensità dei fenomeni anginosi, miglioramento questo non certo superiore a quello che si otteneva col trattamento di controllo con genziana. Questa efficacia universale dei vari rimedi può essere spiegata soltanto ammettendo delle remissioni spontanee nella intensità dei sintomi, remissioni che danno un valore spurio a ciascun rimedio. Nessuna delle droghe usate ha mostrato sulle altre vantaggi, tali da permettere agli AA. di raccomandarne l'uso nel trattamento continuato dell'*angina pectoris*. Forse i migliori risultati si sono ottenuti col cloralio, morfina e papaverina: ma anche questi risultati sono scarsamente convincenti.

Se dunque nessuno di questi rimedi è capace di diminuire la frequenza o la severità degli attacchi anginosi, non resta altro che studiare più accuratamente l'applicazione di quelle misure generali igienico-dietetiche già usate e promuovere il più largo uso dei vasodilatatori, come la trinitrina, la cui efficacia nel trattamento palliativo e anche nella prevenzione dell'attacco è ormai da tutti riconosciuta. E ciò sino a quando una più approfondita conoscenza delle vere cause della *angina pectoris* non permetterà un trattamento logico e possibilmente causale di essa. G. LA CAVA.

Il riflesso di Ligat nella diagnosi delle affezioni addominali.

(A. C. SHARP. *Practitioner*, maggio 1933).

Il riflesso descritto da Ligat è costituito da una forte reazione dolorosa provocata pizzicando leggermente la porzione di cute in relazione nervosa con l'organo addominale malato.

Per provocare il riflesso si usa il metodo seguente: il paziente si pone disteso con un cuscino basso sotto la testa, la bocca leggermente aperta e le braccia distese ai due lati. Si stringe quindi fra l'indice ed il pollice la pelle ed il tessuto sottocutaneo e la si allontana dagli strati profondi della parete addominale, evitando di esercitare qualsiasi pressione su questa. La pelle deve essere stretta leggermente in modo da non provocare normalmente dolore alcuno. Nelle zone iperalgesiche lo stimolo produce un dolore acuto fino a far gridare il paziente.

Per ciascun organo malato corrispondono determinate zone di iperalgesia: per lo *stomaco* ed il *duodeno* il punto di massima iperalgesia trovasi nel punto medio tra la cartilagine ensiforme e l'ombelico; per l'*intestino tenue* nel punto medio tra l'ombelico e la sinfisi pubica; per il *colon* nel punto di unione del quarto inferiore con i tre quarti superiori della linea che unisce l'ombelico con la sinfisi pubica; per la *cistifellea* nel punto medio della linea che unisce l'ombelico con il capezzolo destro; per l'*appendice* il punto di unione del terzo interno con il terzo medio della linea che unisce l'ombelico con la spina iliaca anterior-superiore; per le *trombe di Falloppio* il punto di unione del quarto inferiore con il resto della linea che unisce l'ombelico con il punto medio del legamento di Poupart.

Il grado della reazione dolorosa è variabile. È molto intensa nelle infiammazioni viscerali acute, debole nelle forme nelle quali i pazienti occupano un dolore addominale spontaneo molto vago. Nelle affezioni croniche spesso esiste anche in mancanza del dolore spontaneo.

Il reperto può essere negativo o di difficile interpretazione nelle seguenti condizioni: *a*) peritoniti generali con meteorismo; *b*) *stati* neurotici; *c*) edema infiammatorio locale della parete addominale; *d*) ipotiroidismo e pannicolite; *e*) tubercolosi dell'area cecale; *f*) stati di gangrena o di trombosi degli organi con interruzione delle vie nervose.

Il riflesso si dimostra molto utile dal punto di vista diagnostico quando esiste una posizione anormale dell'organo malato. In tali casi il riflesso di Ligat può dare un punto di orientamento per la diagnosi esatta, quando il dolore spontaneo ed eventualmente quello alla pressione tenderebbero a deviare.

In molte affezioni addominali anche l'assenza del riflesso di Ligat può essere utile, così nelle affezioni renali, toraciche e cardiovasali che provocano dolori addominali. DR.

DIVAGAZIONI

La stagione e le malattie.

La cosidetta « metereopatologia », lo studio cioè dei rapporti che intercorrono fra le affezioni dell'organismo e le modificazioni climatiche va assumendo ogni giorno maggior importanza e diffusione. Esso però si trova ancora allo stadio di sistematizzazione; per ora non disponiamo che di materiale di osservazione e di ipotesi più o meno connesse che tentano di chiarire l'importanza dei singoli fattori endo e esogeni nel determinismo dei fenomeni « metereopatici ».

L. Singer (*Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 8 dic. 1933) passa in rassegna alcune modificazioni organiche che si osservano in relazione alle varie stagioni (particolarmente a quella invernale) e che indubbiamente influiscono sulla curva annuale di alcune malattie. L'A. cita le osservazioni di De Rudder circa la frequenza invernale-primaverile di molte affezioni; fra queste vanno annoverate: la difterite, la scarlattina, le angine, l'influenza e le broncopolmoniti, la meningite cerebro-spinale, la spasmofilia, lo spasmo pilorico, la tetania, la rachitide, l'eczema, ecc., ecc. In questo schema accanto alle malattie da infezione per le quali si potrebbe ammettere l'azione predisponente del raffreddamento, figurano anche malattie che nulla hanno a che fare con questo. Per le malattie microbiche seguendo l'opinione di Seligmann, può essere considerata possibile l'oscillazione stagionale della virulenza, o si può supporre (come fa Ruhemann) che la mancanza della luce solare contribuisca alla maggiore azione patogena dei germi. Tali considerazioni non valgono però per tutta la serie delle altre affezioni; sembra perciò che il fattore fondamentale va ricercato non all'infuori ma in seno all'organismo stesso; si tratterebbe dunque di oscillazioni nella predisposizione organica.

Fra queste oscillazioni che frequentemente si appalesano attraverso il sistema neurovegetativo e umorale va citata la maggior eccitabilità del sistema autonomo colla primavera « biologica »; essa (Straub, Meier ed altri) sarebbe dovuta alla tendenza alcalotica dei tessuti manifestantesi nel periodo della massima brevità delle giornate. H. e R. Backwin hanno potuto dimostrare la relativa ipocalcemia che si osserva verso la fine dell'inverno; durante questa stagione avverrebbe anche la diminuzione di emoglobina (Finsen). De Rudder ha messo in evidenza l'eosinofilia primaverile. Le modificazioni dei capillari in rapporto alle stagioni furono rilevate da Bettmann; Hagen parla addirittura di uno stato spastico di questi che si manifesta fra i mesi di settembre e gennaio e scompare solo all'inizio della primavera.

Alcune manifestazioni patologiche possono

senz'altro trovare la loro spiegazione nei dati sucitati; così p. es. la maggior frequenza delle crisi asmatiche in ottobre, novembre e sopratutto gennaio, l'eczema che prevale nei primi mesi dell'anno, ecc. Ma per molte altre non riusciamo ancora a trovare il legame palese.

Alcuni studiosi sottolineano l'importanza del fattore vitaminico nell'insorgenza di una serie di affezioni organiche. Oltre alle sindromi da carenza vitaminica tipo rachitide, osteoporosi da fame, emeralopia, cheratomalacia, ecc., la mancanza di vitamine avrebbe la sua ripercussione anche sulla resistenza individuale contro alcune infezioni (Mc Callum).

Comunque sia, sin d'ora riesce chiaro che non si può attribuire ad un singolo elemento la parte preponderante nel determinismo delle curve di morbilità stagionale. Si deve parlare di una « costellazione di fenomeni atmosferici ». Fra questi va considerato anche il ritmo delle stesse oscillazioni baro- e termometriche più o meno brusco, caratteristico per le singole stagioni. È molto probabile che l'influenza di tali oscillazioni si esplica pure attraverso il sistema neurovegetativo. Ma anche qui il modo d'azione rimane per ora oscuro. Abbiamo dunque d'avanti a noi un campo ricco di promesse che al valore teorico accomunano l'importanza pratica. Spetta all'ulteriore studio lo sfruttamento del materiale grezzo che trovasi attualmente nel nostro possesso.

***

Come nello studio di ogni nuova branca, anche in questa l'organizzazione del metodo costituisce uno dei compiti più difficili, ma nello stesso tempo più importanti, poichè una volta raggiunta si riesce a mettere in evidenza dei fattori finora ignorati; e se anche non si arriva alla spiegazione, il trovare l'interdipendenza dei singoli fenomeni costituisce una tappa non trascurabile nella via del progresso. Un esempio di tale procedimento ci è fornito da H. Nordenskjoeld (v. lo stesso fascicolo).

Già da tempo è stato osservato che alcune manifestazioni patologiche, apparentemente autonome e in individui diversi si manifestavano a vampate in un dato periodo più o meno breve, costituendo dei cosidetti « gruppi »: così p. es. avviene per l'eclampsia e il glaucoma (De Rudder), per il pseudo-crup e la laringite difterica vera. Le morti per malattie cardiache e respiratorie si moltiplicano ad un tratto; la pressione si innalza sia negli individui sani che ipertesi (Struppler, Franke).

Accanto all'innegabile fattore di disposizione individuale la maggioranza degli AA. ha voluto attribuire singolare importanza a certi elementi metereologici come p. es. l'umidità, temperatura, pressione barometrica, ecc. Ma, come osserva l'A., tali elementi non costituiscono che dei sintomi di un processo di importanza maggiore; e nessuno di essi può essere invocato quale causa reale.

Solo da pochi anni ci si è avvicinati all'essenza del problema, mercè osservazione organizzata su ben più vasta scala. Si è visto che la comparsa dei « gruppi » di singole malattie avveniva contemporaneamente in regioni estese, spesso nel raggio di centinaia di chilometri; veniva in tal modo esclusa l'influenza dei fattori singoli che mai si trovano uniformi su tale estensione del terreno. La ricerca di un fenomeno metereologico che coinvolge contemporaneamente regioni intere ha portato alla teoria « delle masse aeree » o dei « fronti » (Fronten o Lunftkörpertheorie) sviluppata dagli AA. norvegesi nel 1920. Secondo questa non la massima o la minima barometrica, ma è lo scambio delle masse aeree condizionato dalla migrazione della minima, quello che determina le modificazioni del tempo. Tale migrazione (depressione o ciclone) viene provocata da fenomeni che avvengono nella troposfera (che si trova a 10 km. dal suolo), che a sua volta dipendono dall'incontro della fredda aria polare con le correnti calde di origine tropicale o subtropicale. Nel ciclone che ne è l'esponente si distingue il fronte anteriore o caldo e quello posteriore con aria fredda polare o fronte marittimo-polare. In ognuno di questi « fronti » possono avvenire delle variazioni metereologiche; ma è l'incontro di questi, quello che provoca i fenomeni più importanti e i più bruschi.

Per ora non siamo ancora in grado di chiarire il modo d'azione dei « fronti » sul nostro organismo e il determinismo dei fenomeni patologici da essi provocato. Ma sembra probabile che all'elettricità atmosferica ed alla facies ionica di essa spetta l'importanza principale; essa varia anzitutto in rapporto al luogo di origine delle masse atmosferiche. Le nostre cognizioni attuali non ci permettono il dosaggio della ionizzazione atmosferica e perciò non riusciamo ad afferrarne il modo d'azione, il quale probabilmente si esplica attraverso il sistema vegetativo e le modificazioni delle proprietà colloidali ed elettrolitiche dei nostri tessuti. Ma questa influenza è dimostrata dal fatto dell'« azione a distanza » delle singole masse aeree; questo può essere attribuito solo ai processi di irradiazione elettroatmosferici (o comunque a onda breve).

Sta di fatto che se anche la spiegazione sembra per ora insufficiente l'esistenza della cosidetta « aura metereologica » conferma la teoria « dei fronti ». L'A. ha potuto costatare, come l'avvicinarsi del fronte freddo ha coinciso nel suo materiale ospedaliero con manifestazioni non solo nevralgiche o nevritiche ma anche con esacerbazione di processi infiammatori (artriti infettive, poliartriti, pleuriti, endo-mio-pericarditi); la maggiore essudazione si

accompagnava a spostamento della formula leucocitaria verso sinistra. Non solo, accanto alla riaccensione dei focolai cronici si notava una comparsa accentuata di malattie acute (nel personale degente o curante) p. es. di angine, disturbi vescicali, intestinali, ecc.

Dunque esiste un fattore individuale chiaramente o comunemente rilevabile, sulla cui essenza non sapremo ancora pronunciarsi. Secondo Nordenskjoeld i fattori determinanti invece stanno probabilmente all'infuori di noi. Come per ogni fenomeno morboso, anche qui la via della ricerca è duplice e deve rivolgersi come sempre sia all'organismo, sia all'ambiente mutevole che lo circonda. S. MINZ.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Trattato d'Igiene compilato per cura del prof. D. OTTOLENGHI. Due vol. di complessive pag. 2178, con 453 fig. F. Vallardi, Milano, 1933. Prezzo L. 190.

La pubblicazione di questo Trattato era attesa da un certo tempo nell'ambiente degli igienisti.

Esso è ottimo: l'aspettativa non è andata delusa.

Al prof. Ottolenghi sono dovute: 1) l'ampia introduzione, che si occupa delle nozioni generali e del metodo statistico; 2) l'epidemiologia generale, con la profilassi generale ed un esauriente capitolo sulla disinfezione; 3) l'ambiente in rapporto con la salute, sia fisico (climatologia, suolo, acqua, abitato), che sociale (igiene sociale); 4) l'igiene degli aggregati urbani e rurali (illuminazione, ventilazione, riscaldamento, smaltimento dei rifiuti).

S. E. De Blasi tratta l'epidemiologia speciale, occupandosi di tutte le malattie infettive (decorso, danni economici, cause, sorgenti e veicoli d'infezione, profilassi speciale).

L'igiene delle abitazioni è stata affidata al prof. L. Piras, che si occupa dei requisiti igienici generici e delle abitazioni speciali permanenti e temporanee (scuole, camere di allattamento, colonie, ospedali, alberghi, cinema, teatri). Allo stesso è dovuta l'igiene dell'allevamento, con lo studio della crescenza, l'igiene dell'infanzia, quella pedagogica, l'educazione fisica e la vigilanza sanitaria delle scuole.

Ampia è la parte dedicata all'alimentazione, in cui il prof. P. Marginesu si occupa dei principî alimentari, delle richieste energetiche dell'organismo, delle vitamine e poi diffusamente della parte speciale, con tutte le questioni che che vi possono essere connesse, come p. es., le tossiinfezioni alimentari, l'alcoolismo, le alterazioni, le adulterazioni e la conservazione degli alimenti, ecc.

Dell'acqua potabile (caratteri, captazione, conduttura, depurazione) tratta il prof. G. Brotzu.

Molto opportunamente per l'igiene del lavoro è stato scelto il prof. L. Carozzi, che meglio di ogni altro poteva assolvere tale compito, sia per la sua posizione in quell'osservatorio internazionale che è il « Bureau international du Travail » di Ginevra, sia per aver egli diretto ed in gran parte scritto il noto trattato « L'Hygiene du Travail » pubblicato a cura dello stesso Ufficio. Tutte le nozioni relative sono esposte chiaramente e con precisione.

Capitoli di speciale competenza e veramente pregevoli sono anche quelli sull'Igiene navale e dell'emigrazione (prof. G. M. Belli), sull'Igiene militare (prof. N. Bruni) e sull'Igiene coloniale (prof. G. B. Mariotti-Bianchi).

Da ultimo — *last but not least* — una limpida, efficace e completa esposizione della legislazione e degli ordinamenti sanitari italiani è fatta dal prof. A. Labranca.

Trattato organicamente concepito ed armonico nelle varie parti, che rispecchia fedelmente lo stato delle attuali nozioni sull'igiene e di indubbia utilità per chiunque si occupi, nei vari campi, delle questioni d'igiene.

Esprimiamo il *desideratum* che alcune monografie componenti il trattato siano messe in vendita anche separatamente. A. FILIPPINI.

E. REMOGNA. *Le opere igieniche dei Comuni nelle agevolazioni dello Stato.* Un vol. in-16°, di 164 pag. C. Nani, Como, 1933. Prezzo L. 10.

È noto come lo Stato italiano provvede al finanziamento per la costruzione di opere igieniche in modo che i comuni possano avere tutte le possibili agevolazioni, sia per la modicità degli interessi, sia per il pagamento, sia infine per il contributo che lo Stato accorda. Materia che prende le mosse dalla Legge 25 giugno 1911 a cui sono venute aggiungendosi numerose modificazioni. Ginepraio in cui non è facile orientarsi, mentre invece ne è molto utile la perfetta conoscenza anche agli stessi ufficiali sanitari, sia per usufruire delle agevolazioni, sia per esperire le pratiche.

L'A. molto opportunamente ha qui raccolto tutte le disposizioni in materia, distribuendole sistematicamente secondo gli argomenti: condizioni delle opere, requisiti generali, disposizioni sui mutui, sussidi, norme per le domande, documenti da presentare. Il volumetto costituisce una guida pratica di evidente utilità. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta ordinaria del 16 dicembre 1933.

Comunicazioni scientifiche.

L'efetonina negli accessi di Adams-Stokes.

Prof. L. CROSETTI. — L'O. illustra all'Accademia e commenta criticamente i risultati delle osservazioni note sui metodi terapeutici in uso negli accessi di M. A.-S., intrattenendosi in modo particolare sul cloruro di bario e sull'efetonina.

In due casi osservati nella Clinica Medica di Siena, uno di accessi insorgenti in corso di dissociazione atrio-ventricolare incompleta con ritmo di 2-1 e polso raro permanente, l'altro di accessi di arresto del cuore a cui succedeva solo sporadicamente e per breve tempo bradicardia, l'efetonina si è dimostrata capace di influenzare in modo deciso la frequenza, la durata e l'intensità degli accessi.

Circa il meccanismo di azione l'O. pensa ad un'azione di ordine simpaticotropo attraverso una stimolazione delle terminazioni simpatiche intracardiali.

La pressione venosa nella polmonite.

E. SAMEK e M. BASSI. — Gli OO. riferiscono i risultati delle proprie ricerche sulla P. V. in sessanta casi di polmonite. I valori pressori sono la risultante di fattori molteplici che dentro certi limiti si compensano vicendevolmente e tendono a mantenere la P. V. vicino alla norma. Le deviazioni da questa sono indice di una diminuzione della capacità di compenso e si osservano nei casi meno favorevoli. Gli abbassamenti hanno talora peggior significato delle elevazioni cui possono seguire e dipendono spesso da vasoparalisi periferica. L'interpretazione delle cifre non può prescindere dal quadro clinico ed è più attendibile se le determinazioni sono numerose.

Avvelenamento subacuto da piombo.

L. CROSETTI e A. FORCONI. — Gli OO. riferiscono su osservazioni cliniche compiute in un esteso avvelenamento subacuto da piombo. Illustrano le caratteristiche salienti del quadro clinico e dei risultati delle indagini di laboratorio insistendo in modo particolare sul significato dell'ittero, sulle modificazioni del quadro ematologico e su alcuni sintomi meno frequenti che hanno caratterizzato il decorso dell'intossicazione.

Il comportamento dei capillari nell'intossicazione subacuta da piombo.

Dott. M. BASSI. — L'O. avendo studiato il comportamento dei capillari in ventun casi di intossicazione saturnina subacuta, conclude che esistono delle alterazioni sia morfologiche che funzionali di questi vasellini cutanei degne di studio e caratterizzate fondamentalmente da una ischemia diffusa, associata a deviazioni morfologiche ed a scarse modificazioni tonometriche con aumento della resistenza e della permeabilità.

SANZIO CANNA, studente. — *Primo contributo alla flora dei lieviti della panificazione.*

Prof. D. D'ANTONA. — *Sul modo di unione « in vitro » della tossina tetanica con differenti tessuti organici; natura del fenomeno Wassermann-Takaki ed azione dell'etere sulle miscele sostanza nervosa-tetanotossina.*

Localizzazione renale di un germe alcool-acido resistente simulante una tubercolosi del rene.

Prof. L. D'ANTONA e Prof. G. MAZZETTI. — Gli OO. illustrano una sindrome renale dovuta ad un germe acido ed alcoolresistente, che simulò una tubercolosi renale. Il germe ad un accurato esame batteriologico fu riscontrato essere appartenente al gruppo dei b. paratubercolari. Gli AA. insistono nel richiamare l'attenzione sulla necessità di una identificazione precisa delle forme alcool-acido resistenti che si trovano specialmente nelle urine per non incorrere in gravi errori diagnostici, dato che talvolta anche i b. paratubercolari non si dimostrano del tutto saprofiti.

L'allergia alla tubercolina in cavie vaccinate con anatubercolina e con partigeni del bac. di Koch.

Prof. G. PETRAGNANI e Prof. G. MAZZETTI. — Gli OO. hanno voluto vedere se l'anatubercolina diagnostica fenolata (Petragnani) e i suoi partigeni hanno proprietà allergizzanti e sono giunti alla conclusione che tali proprietà, evidentissime nell'anatubercolina diagnostica normale, vengono distrutte o quasi dall'aggiunta di fenolo.

L'allergia alla tubercolina in cavie vaccinate con "fenolo batterico,,.

Prof. G. PETRAGNANI e Prof. G. MAZZETTI. — Il fenolo batterico non ha proprietà allergizzanti quando venga inoculato nella quantità di cc. 3, diluito 1:5 e per 5 volte per via sottocutanea endoperitoneale e endovenosa.

Ciò conferma i risultati ottenuti con l'anatubercolina diagnosticata fenolata. (V. comunicazione precedente).

Sul potere battericida "in vitro,, verso il bac. di Koch del sangue di cavie vaccinate con anatubercolina o partigeni del bac. di Koch.

Prof. G. PETRAGNANI e Prof. G. MAZZETTI. — Gli OO. hanno istituito una serie di ricerche onde portare un contributo atto a chiarire il problema della cultura del bacillo di Koch dal sangue molto facile secondo Loewenstein, ma non confermata da numerosi ricercatori. In una prima serie di ricerche gli OO. hanno voluto vedere se il sangue infettato artificialmente « in vitro » con b. K. del tipo umano e bovino e seminato direttamente su provettoni di terreno Petragnani dopo vario tempo di permanenza in termostato (subito dopo l'aggiunta dell'emulsione bacillare, dopo 48 h. e dopo 22-24 giorni) potesse presentare azione battericida verso il B. K. stesso oppure, un'azione favorente lo sviluppo. In una prima lettura dei provettoni benchè abbiano potuto fare osservazioni interessanti non sono giunti a conclusioni positive in un senso o nell'altro e perciò rimandano ad un'ulteriore comunicazione la decisione del problema.

Dott. G. BUONOMINI. — *Ricerca delle variazioni in germi coltivati in associazione col bacillo tubercolare. Osservazioni su un ceppo di B. prodigiosus.*

Il Segretario: G. MAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'emicrania biliosa.

Th. C. Hunt (*The Lancet*, 5 agosto 1933) riporta le osservazioni fatte su 60 pazienti sofferenti di emicrania, che era da ascriversi al tipo bilioso in 40.

Fra 27 casi studiati col drenaggio biliare e la colecistografia orale, si misero in evidenza, in 17, disturbi epatici o della cistifellea. La proporzione degli individui con disturbi della cistifellea è maggiore nei pazienti che soffrono di emicrania che non nei normali.

Su 7 dei 27 pazienti esaminati col drenaggio biliare, si potè assodare l'evidenza di stasi nella cistifellea.

L'affezione locale della cistifellea o la sua disfunzione non è da considerarsi come la causa dell'emicrania, ma può manifestarsi come risultato di ripetuti accessi di emicrania o di qualche causa epatica o costituzionale.

Su 5 dei 6 pazienti operati di colecistectomia, non si ebbe alcun effetto per quanto riguarda l'emicrania.

Per la terapia, l'A. ha trovato utile la somministrazione di preparati di sali biliari dati per bocca; la loro efficacia può essere sostenuta pensando che la disfunzione epatica può essere la causa di accessi in alcuni casi.

Al momento dell'accesso, è consigliabile l'iniezione di adrenalina (1/2-1 cmc. della soluzione al 1/1000) che in 9 su 10 casi ha troncato definitivamente l'accesso. *fil.*

Il trattamento della neurastenia.

L. Neuberger (*Journ. des praticiens*, 29 marzo 1933) consiglia di somministrare pochi medicamenti: cacodilati ad alte dosi, il nucleinato di manganese, i fosfati, l'opoterapia sessuale figurano fra i più efficaci ed i meglio tollerati. Soprattutto, però, niente stimolanti a base di stricnina, di cui l'influenza euforica è sempre seguita da una recrudescenza spasmogena. La stessa interdizione per i vini tonici.

Contro l'*eretismo nervoso*, la valeriana, eventualmente con l'aggiunta di giusquiamo o di passiflora, calma l'eccitazione diurna e basta generalmente anche per l'insonnia; contro questa, variare ed alternare gli ipnotici, evitando i preparati barbiturici; la semplice acqua di fiori d'arancio può talvolta bastare.

Per i *disturbi dispeptici*, basta regolarizzare un poco il regime e somministrare qualche leggero colagogo e della belladonna a dosi infinitesimali. Utili gli agenti fisici: diatermia locale, idroterapia (effusioni tiepide al mattino, bagno caldo la sera).

Per la frigidità sessuale, è bene attuare i mezzi che colpiscono l'emotività dell'individuo, in quanto che la persuasione è quasi sempre inefficace; quindi, cure urologiche, opoterapia sessuale per iniezioni, röntgenizzazione testicolare. Elemento importante di cura è la psicoterapia, con dei precetti di ginnastica mentale, che completino l'educazione dell'attenzione e della volontà. *fil.*

Il trattamento dello "stato epilettico".

È nota la gravità dello stato di male epilettico, che se non è trattato adeguatamente, termina generalmente con la morte.

F. Storchheim (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 21 ottobre 1933) ha trovato molto utile l'iniezione endovenosa di solfato di magnesia che tronca gli accessi. Se se iniettano 10 cmc. di una soluzione al 25 %; eventualmente la dose può essere ripetuta, non però più di due volte (la terza iniezione soltanto in individui robusti).

Anche l'edema polmonare, che insorge durante lo stato epilettico viene troncato mediante l'iniezione di solfato di magnesia. *fil.*

La cura della sciatica.

G. Slot (*The Practitioner*, novembre 1933) ritiene che la migliore cura della sciatica sia quella dell'iniezione epidurale, che ha dato ad Evans il 60 % di guarigioni e il 13 % di miglioramenti (la statistica di Douthwaite dà 28 guarigioni su 32 casi, quella di Lindemulder 40 guariti su 46, quella di Brain 50 % di guariti).

Egli adopera 100 cc. di soluzione fisiologica tiepida contenente l'1 % di novocaina. Il p. giace sul lato affetto come per una puntura lombare in decubito laterale. Disinfettata la cute della regione sacrale e riconosciuto il punto dove si dovrà fare l'iniezione (cioè al di sotto dei due tubercoli laterali dell'ultima sacrale, fra questi e l'ultima apofisi spinosa sacrale), fa un'iniezione endovenosa di evipan, di non oltre 7 cc. Rimette il paziente in buona posizione ed introduce l'ago nel punto suindicato tenendolo ad angolo di 60°. Appena sente di aver perforato il legamento sacro-coccigeo o dirige l'ago verticalmente in modo da penetrare nello spazio epidurale. Si applica allora la siringa all'ago e, dopo aver aspirato per essere certo di non essere nella teca spinale, inietta il liquido. Dopo estratto l'ago fa un'estensione della colonna mettendo un ginocchio sulla regione affetta e colle mani fa trazione sulle spalle mentre spinge col ginocchio. Il paziente è messo poi in posizione supina e si flettono alternativamente le cosce. Il malato rimane in letto per una giornata. Il giorno seguente si fa un massaggio e si applica del calore radiante. In qualche caso è utile iniettare nelle masse glutee due volte, con intervallo di 5 giorni una volta dall'altra, 5 cc. di lipiodol.

Slot ha avuto guarigione nell'80 % dei casi. L'iniezione epidurale può essere ripetuta, se occorre anche nella stessa settimana.

R. LUSENA.

L'epatoterapia nella sclerosi a placche disseminate.

A. Barelli (*Gazz. degli Osped. e delle Clin.*, 19 nov. 1933), dopo aver messo in evidenza l'identità del substrato istopatologico e la forse non dissimile eziologia delle lesioni nervose che si presentano nell'anemia perniciosa e delle lesioni della sclerosi a placche disseminate, identità e somiglianze che giustificano dal punto di vista scientifico il tentativo, fatto da Goodall e Slater con buoni risultati, di curare la sclerosi multipla con la epatoterapia, riferisce su sette casi trattati in tal modo nell'ospedale Pio Albergo Trivulzio di Milano.

La durata del trattamento variò da un minimo di un mese a tre mesi e venti giorni. L'inizio dei miglioramenti (verificatisi in sei casi su sette) si ebbe generalmente verso il quindicesimo giorno di cura. Miglioramento nella deambulazione si ebbe in quattro casi su sette; la scomparsa dei dolori a cintura si verificò in tutte e quattro le malate che da anni lamentavano questo disturbo e fu totale in tre, parziale nella quarta; miglioramenti nella funzione motoria e prensile degli arti superiori e nel tenere la testa eretta si ebbero in cinque malati su sette; la ricomparsa totale o parziale dei riflessi addominali in due casi su sette; i disturbi della minzione scomparvero nell'unica malata che ne era affetta.

Per quanto non si possa escludere che i miglioramenti abbiano corrisposto a remissioni spontanee, e per quanto nulla si possa ancora dire sulla possibilità che intervengano delle recidive, l'A. ritiene che i risultati ottenuti giustifichino l'uso della terapia epatica nella sclerosi a placche disseminate, malattia nella quale ogni altra terapia fallisce.

C. TOSCANO.

Oftalmie e pseudo-oftalmie dei neonati.

Il medico pratico è assai spesso interpellato per occhi di neonati che suppurano: non sarà male ricordare le chiare indicazioni che J. Terlinck ha dato alla Società Medico-chirurgica del Brabante (*Le Scalpel*, 2 settembre 1923). Fino a qualche anno fa l'oftalmia gonococcica dominava la scena e tutto il resto passava in seconda linea, oggi la situazione è capovolta e le altre oftalmie prendono il primo piano.

Anzitutto si ricordi che non tutte le forme da gonococco sono acute, ma che solo le congiuntiviti acute gonococciche sono veramente pericolose. Le istillazioni profilattiche di argirolo al 20 % di nitrato d'argento all'1, 1/2 % danno una garanzia assoluta; ma vi può essere un secondo contagio. La forma è sempre bilaterale, molto rapidamente grave: palpebre gonfie rosse, che si aprono difficilmente, dalle quali scola pus giallo-verde denso. Le congiuntive congeste edematose, rosso-cupe, si ipertrofizzano rapidamente e ciò sarebbe, per l'A. quasi patognomonico. Finchè il bimbo apre spontaneamente gli occhi si può essere un po' sereni. L'edema della congiuntiva strozzando poi i vasi del limbo sclerocorneano, provoca la necrosi della cornea. Per sorvegliare questa si istillino gocce di fluorescina o rosso bengala. Finchè l'epitelio della cornea è sano non si colora. La minima colorazione indica una perdita di sostanza. La cura classica dei grandi lavaggi e delle toccatine col nitrato d'argento dà dei buoni risultati.

Lo stesso quadro clinico si può avere per pneumococco, staffilococco e perfino b. coli. Però il decorso è meno grave; le forme pneumococciche possono guarire con le istillazioni di soluzioni fresche di optochina all' 1 % in quarantott'ore.

Le congiuntiviti pseudo membranose sono sempre assai benigne (la difterite oculare è oggi rarissima). I grandi lavaggi con soluzione fisiologica, o acqua boricata fan cadere le membrane e portano la guarigione.

Vi sono poi le congiuntiviti provocate per es. dalle istillazioni profilattiche; qui la migliore cosa da fare è quella di persuadere la famiglia a non fare nulla: meno si interviene e prima guariscono.

La dacriocistite dei neonati è insidiosa e più tardiva, dal sesto al quindicesimo giorno dopo la nascita, epoca in cui il pericolo dell'oftalmia è già passato. È per lo più unilaterale. In caso di esitazione diagnostica la prima cosa a fare è di premere sul sacco per eliminare la diagnosi di ostruzione congenita.

Anche nelle congiuntiviti pseudomembranose in alcuni casi di oftalmia vera la diagnosi s'impone; negli altri casi occorre un esame batteriologico. Anche il momento di comparsa dei primi fenomeni può dare qualche indicazione: nelle prime 36 ore si pensi a congiuntivite traumatica provocata; alla oftalmia vera gonococcica solo nel caso vi sia stata una rottura precoce delle acque. Dal 2° al 5° giorno all'oftalmia vera. Dal 4° all'8° giorno ad una congiuntivite banale. Dopo quest'epoca alla dacriocistite.

L. TONELLI.

NOTE DI RADIOLOGIA

L'indagine radioscopica e radiografica nella tubercolosi polmonare.

La relativa insufficienza della radioscopia rispetto alla radiografia polmonare è stata da tempo affermata e confermata. Engelhard e Siemann misero in rilievo che sono specialmente i processi apicali, le disseminazioni e gli infiltrati tenui quelli che risultano poco o affatto sullo schermo. Secondo Braening e

Redeker 20 % delle lesioni riconoscibili radiograficamente sfuggono nella radioscopia.

W. Brednow e A. Schaare (*Zeitschr. f. Tuberk.*, ottobre 1933) eseguirono ricerche di paragone su 203 casi di individui malati, sospetti o sani. Il reperto radioscopico e la rispettiva diagnosi venivano formulati prima della radiografia; questa serviva da controllo. Si vide in tal modo che oltre le lesioni non rilevate, non era raro il caso di quelle simulate; frequente era pure lo scambio di alterazioni tubercolari di varia entità e natura (delle caverne considerate quali focolai calcificati e viceversa, processi proliferativi quali caverne ecc.).

Solo in 50,7 % la coincidenza fra la diagnosi radioscopica e quella radiografica era perfetta; in 14,8 % il disaccordo riguardava il grado e la caratteristica del processo; in 34,5 % vi fu un completo fallimento della radioscopia; in questo gruppo vanno annoverati da una parte i soggetti sani nei quali le proiezioni di vasi o di bronchi simulavano lesioni tubercolari (18,2 %), dall'altra gli individui, di cui le alterazioni polmonari passarono completamente inosservate all'esame radioscopico.

S. MINZ.

Ricerche sperimentali sullo studio delle articolazioni mediante l'introduzione di liquidi opachi.

Bobbio A. e Picco A. (*Arch. It. Chir.*, luglio 1933) hanno sperimentato l'introduzione di Uroselectan A e B, di Abrodil ecc. nel cavo articolare di animali sani. Hanno osservato radiologicamente il rapido assorbimento (entro un'ora) del liquido iniettato; e anatomo patologicamente nella sinoviale una lieve e fugace reazione a tipo infiammatorio che al quindicesimo giorno era completamente scomparsa.

Il lavoro sperimentale conferma l'esperienza clinica oramai nota della rapida riassorbibilità del liquido opaco, sempre che la membrana sinoviale non sia patologicamente alterata.

ALIERI.

La ricerca dei calcoli renali per mezzo della radioscopia.

H. Marion (*Journ. d'Urol.*, settembre 1933), dopo aver ricordato l'utilità della radioscopia nella ricerca dei calcoli renali durante l'operazione, descrive sommariamente l'apparecchio radioscopico da lui usato, che presenta questi vantaggi:

1) Forte potenza, per cui è possibile vedere in pieno giorno;
2) Assenza di pericoli nel maneggio;
3) Facilità d'uso.

Tale apparecchio è fabbricato in Francia (dalla Compagnia Generale di Radiologia).

Descrive poi la tecnica nella ricerca radioscopica dei calcoli, proponendo un apparecchietto, che ne facilita la ricerca nei casi di piccoli calcoli.

LUZZI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. Angelo Bianco da Rotondella:

Il più recente Trattato di medicina legale è quello del prof. Della Volta, direttore dell'Istituto di medicina legale di Catania, pubblicato dalla Soc. Editrice Libraria, in due volumi, ma di cui è uscito soltanto il primo, che costa L. 70.

B. DI TULLIO.

Al dott. S. A. da S.:

Ottimi nei suoi riguardi: LASCHI, *Tecnica radiologica*, ed. Cappelli, L. 35; PONZIO, *Tecnica radiodiagnostica* (U.T.E.T.), L. 50.

E. MILANI.

VARIA

Le variazioni cicliche della fecondità femminile.

La teoria classica dell'attitudine costante alla fecondazione è ben lungi dall'essere del tutto soddisfacente. Gli argomenti su cui essa si fonda sono in massima parte ipotetici così R. de Guchtenberg (*Rev. franç. gynécol. obst.*, marzo 1933) trova insostenibile l'idea della grande vitalità degli spermatozoi, osservando che mobilità non significa capacità di fecondazione. Anche gli argomenti basati sulla clinica debbono essere vagliati e controllati se si vogliono evitare grossolani errori.

Una delle teorie più rispondenti alla realtà dei fatti è stata elaborata alcuni anni fa da Ogino. Poichè l'ovulazione si produce sempre fra il 12° ed il 16° giorno prima della mestruazione seguente, ne deriva che la fecondazione non potrà aversi che durante tale periodo o nei tre giorni precedenti, considerati come termine medio della vitalità degli spermatozoi. Per ogni ciclo, quindi, qualunque sia la sua lunghezza, il periodo fertile non comprende che otto giorni, fra il 12° ed il 19° giorno prima delle mestruazioni. Rimangono pertanto 11 giorni sterili premestruali ed, all'altra estremità, un numero di giorni variabile secondo la durata del ciclo.

Le precise osservazioni cliniche dello stesso Ogino e di altri autori confermano tale teoria, che si fonda su basi fisiologiche solide e che è anche appoggiata dallo studio del ciclo riproduttivo dei primati.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

S. SALVO. *Sul grado di positività della Reaz. di Wassermann.* — Tip. Strano, Catania, 1933.

C. VALENTI. *Zolfoterapia.* — Stab. Andò, Palermo, 1933.

E. MORETTI. *Sull'ipotensione ortostatica.* — Tip. Reali, Milano, 1933.

L. GIARROCCHI. *Su un nuovo caso di Mycotorula onychophila.* — Tip. Senato, Roma, 1933.

R. CONFALEONE. *La reazione di precipitazione di Kahn studiata comparativamente alla reaz. di Bordet-Wassermann.* — Tip. Ed. Minerva, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

La Sanità pubblica e i servizi di assistenza sanitaria al Senato.

Il Senato del Regno ha discusso e approvato il bilancio del Ministero dell'Interno.

Il sen. Maragliano ha segnalato al Governo varie questioni riferentisi all'assistenza sanitaria ed ai servizi igienico-sanitari.

L'organizzazione dei servizi sanitari manca di unità. Essi dovrebbero essere tutti sottoposti alla direzione di sanità, mentre alcuni non ne dipendono affatto, altri solo formalmente. Si potrebbe rimediare all'inconveniente col raggruppamento dei servizi sanitari, provincia per provincia, sotto la vigilanza diretta del medico provinciale.

I servizi sanitari sono danneggiati dal fatto che medici condotti ed ufficiali sanitari sono impiegati dei municipi, mentre hanno bisogno di tutta la loro indipendenza per svolgere bene la loro azione. Occorrerebbe metterli alle dipendenze dello Stato, come è stato fatto per i maestri elementari.

L'assistenza sanitaria è anche danneggiata dal fatto che l'ammissione all'esercizio professionale dei laureati in medicina è concessa dal Ministero della Pubblica Istruzione. La esperienza ha insegnato altrove che è più opportuno che l'abilitazione venga concessa dal Ministero dell'Interno, con norme che assicurino il valore pratico dei candidati, essendo quello scientifico già accertato dalla prova di laurea.

Sarebbe opportuno che il nuovo istituto di sanità pubblica provvedesse direttamente alla fabbricazione e alla vendita dei vaccini, per ovviare a possibili e non nuovi inconvenienti di notevole gravità.

Essendo ormai bene assicurata l'assistenza ai malati di tubercolosi per merito dell'Istituto fascista di previdenza sociale, si impone ora la necessità e la urgenza di promuovere ed organizzare la diretta premunizione degli individui sani contro la tubercolosi, seguendo l'indirizzo tracciato dal Governo, ed affidandone soprattutto il compito alle istituzioni fasciste in Italia e all'estero. Esse sono abituate ad obbedire alle disposizioni del Duce.

Non si deve dimenticare che il solo attrezzamento dei letti per ricovero dei malati assicurati è costato non meno di 500 milioni, che la gestione dell'assistenza importa una spesa di 150 milioni all'anno: e questo è soltanto per un quarto dei cittadini italiani. Il Governo ha quindi ragione di non lasciare intentata l'adozione di provvedimenti a larga base, economici e di facile esecuzione.

Il Duce vuole la vittoria anche contro la tubercolosi: il Fascismo guidato dal Segretario del Partito on. Starace anche questa vittoria saprà conquistare all'Italia.

Il sottosegretario di Stato agli Interni on. Guidi-Buffarini ha rilevato, tra l'altro, che il Ministero dell'Interno ha già assai inoltrati gli studi per il coordinamento sistematico delle disposizioni relative alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. Per esse sarà necessario al Governo richiedere poteri speciali per vedere entro quali limiti l'assistenza sociale potrà essere inquadrata e coordinata negli Enti che il Regime ha sapientemente creato.

Circa il Testo Unico delle leggi sanitarie l'on. Buffarini ricorda gli studi per il coordinamento delle disposizioni sulle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza. La legge del 1890 ha subito, dal 1923 in poi, importanti modificazioni, che vanno dal riordinamento dei Consigli di amministrazione alla determinazione di nuovi criteri per la erogazione della beneficenza.

Ciò spiega la necessità dei poteri speciali richiesti dal Governo per la disciplina di tale materia. Saranno così esaminati i limiti entro i quali l'assistenza sociale deve essere inquadrata e coordinata con istituzioni ed organi creati dal Regime. Si seguirà, a questo proposito, un criterio prudenziale che per non inaridire le fonti stesse del patrimonio degli Istituti di beneficenza, tenga conto del fattore psicologico determinante l'elargizione.

Si cercherà, pertanto, di non annullare la responsabile attività degli Istituti e di non sopprimere la funzione assistenziale voluta dai benefattori.

La legge del 6 luglio 1933 ha conferito speciali poteri al Governo del Re per la compilazione del Testo Unico delle leggi sanitarie e anche questo era necessario, perchè le disposizioni in vigore si trovano disseminate in molte leggi frammentarie.

Il lavoro di compilazione è stato diretto a conseguire la più razionale distribuzione della complessa materia. Gli scopi per i quali furono chiesti a suo tempo dal Governo gli speciali poteri e la natura stessa del Testo Unico escludono che, in tale sede, possano essere apportate sostanziali riforme negli ordinamenti sanitari. Il Governo fascista non ne ravvisa, per altro, la necessità e ritiene che, in questo campo, ogni innovazione debba essere preceduta da un ponderato esame e da una adeguata esperienza pratica.

La tutela della salute pubblica dà risultati sempre più tangibili e importanti. Da un decennio l'Italia è completamente immune dal vaiuolo; le comuni malattie epidemiche non hanno richiesto provvidenze di particolare importanza. La legge del 22 giugno 1933, apportando notevoli innovazioni nelle disposizioni relative alla lotta contro la malaria, ha inteso di soddisfare ai nuovi bisogni connessi agli ultimi lavori di bonifica integrale. Negli anni 1932-1933 sono state revocate, per 105 comuni, le dichiarazioni di zona malarica e con decreto dello scorso maggio, è stata revocata la dichiarazione di zona malarica per il territorio

del suburbio della Capitale, del Lido di Roma e di Fregene.

La mortalità per tubercolosi è in declino; i morti per tubercolosi nel primo trimestre 1933 sono stati 9592 in confronto agli 11.173 del primo trimestre del 1932. I posti-letto per gli infermi di tubercolosi polmonare sono saliti nel 1932 a 26.817; tra qualche anno l'Istituto nazionale fascista per la previdenza sociale disporrà di 43 ospedali sanatoriali con 16.000 posti-letto.

È merito del Regime l'aver dato piena efficienza ed impulso agli ordinamenti assicurativi, allargando sempre più il sistema delle assicurazioni ed istituendo la assicurazione contro le malattie professionali. La necessità di rendere sempre più efficace la protezione delle operaie e degli adolescenti ha suggerito nuove disposizioni nella materia relativa al lavoro per le donne e i fanciulli. Tutto ciò corrisponde, non solo ad una esigenza di ordine sanitario, ma anche ad un dettame di ordine etico e sociale.

La provincializzazione dei servizi sanitari potrà presentare dei vantaggi, ma l'argomento dovrà anche essere esaminato nei riguardi finanziari. Peraltro, le leggi fasciste hanno già assegnato alla Provincia servizi sanitari integrativi e non è inopportuno che la funzione sanitaria delle provincie si svolga ancora per qualche tempo nei limiti di questo primo nucleo di attribuzioni.

L'esperienza pratica potrà via via indicare gli ulteriori sviluppi in questo campo. Quanto al servizio di condotta medica il Ministero dell'Interno, nel coordinamento delle varie forme di assistenza sanitaria in vigore, terrà presenti le osservazioni del sen. Maragliano.

In seguito alla soppressione dell'Istituto vaccinogeno di Stato, i sieri e i vaccini prodotti dagli istituti privati sono assoggettati al controllo della Direzione generale della sanità pubblica. Gli inconvenienti verificatisi nei primi mesi dello scorso anno vanno imputati al mancato controllo di una partita di vaccino sottratta al controllo medesimo.

Per la creazione di un istituto vaccinogeno di Stato occorrerebbero apprestamenti adeguati e mezzi notevoli. In ogni modo, il controllo della Sanità pubblica si avvantaggerà dal migliore assetto che i suoi laboratori troveranno nell'istituto che, per ordine del Duce, inizierà il suo funzionamento nella prossima ricorrenza del Natale di Roma.

Nuove disposizioni per la lotta contro la tubercolosi.

Con la circolare 10 febbraio 1933, n. 20300/20-597, il Ministero dell'interno pregava i Prefetti del Regno perchè invitassero i Consorzi provinciali antitubercolari a favorire ogni iniziativa concernente la vaccinazione preventiva contro la tubercolosi.

Con circolare diramata in data 3 gennaio c. a., n. 20300.20-47874, il Ministero rileva ancora una volta l'opportunità che l'applicazione dell'importante mezzo profilattico, qual'è la pratica della vaccinazione specifica, sia favorita, con l'intendimento di renderla, sia pure gradualmente, sempre più estesa, per modo che essa divenga un valido aiuto nella lotta contro la tubercolosi.

Il Ministero prega, pertanto, i Prefetti affinchè invitino nuovamente i Consorzi a spiegare ogni possibile attività per favorire ogni iniziativa al riguardo, incoraggiandola in quella forma che essi crederanno più utile per raggiungere l'intento.

MEDICINA SOCIALE.

L'assicurazione contro le malattie professionali e le visite mediche preventive.

Il regolamento per l'esecuzione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali stabilisce che l'Istituto assicuratore può prendere visione dei referti relativi alle visite mediche preventive e periodiche prescritte agli effetti del regolamento generale per l'igiene del lavoro.

È pure stabilito che qualora, in base ai risultati delle visite stesse, sia accertato, in un operaio addetto ad una lavorazione compresa nell'obbligo dell'assicurazione, l'esistenza dei sintomi di una delle manifestazioni morbose indicate nella tabella annessa al regolamento, i datori di lavoro hanno l'obbligo di informare l'Istituto assicuratore.

È evidente, pertanto, la maggiore importanza che, non soltanto per il regolamento generale d'igiene del lavoro, ma anche agli effetti dell'attuazione dei provvedimenti relativi alle malattie professionali, vengono, ora, ad assumere le visite mediche preventive e periodiche cui debbono essere sottoposti gli operai.

La Confederazione generale fascista dell'industria italiana ha, pertanto, disposto che sia resa nota alle ditte la necessità di dare rigorosa osservanza alle disposizioni regolamentari, avvertendo come l'adempimento dell'obbligo delle visite preventive e periodiche sia di grande importanza e utilità anche agli effetti dell'accertamento delle malattie professionali e delle loro conseguenze ed ai fini della loro indennizzabilità ai sensi di legge, per il fatto evidente che le constatazioni e i rilievi, a cui possono far luogo le visite, valgono ad evitare le eventuali proteste o a limitare ingiustificate pretese dei beneficiari dell'assicurazione, nonchè ad impedire errori di giudizio o inesatte valutazioni da parte dei sanitari, fornendo poi all'Istituto concreti elementi positivi per rifiutare l'indennità a chi non spetta e per giustamente graduare quelle che dovranno essere a norma di legge liquidate.

Cronaca del movimento professionale.

I Commissari agli Ordini provinciali delle professioni sanitarie.

Col giorno 31 corrente, cesseranno dalla carica per compiuto quadriennio, i componenti dei Consigli amministrativi degli Ordini provinciali delle professioni sanitarie (medici chirurghi, veterinari, farmacisti) e pertanto dovrebbe provvedersi alla

ricostituzione dei Consigli stessi per il nuovo quadriennio 1934-1937.

Senonchè è in corso di studio un provvedimento per la soppressione degli Ordini professionali di cui trattasi e per il passaggio delle relative attribuzioni, comprese quelle inerenti alla tenuta degli albi, ai corrispondenti Sindacati provinciali di categoria.

Ciò stante, il Ministero dell'Interno di concerto con quello delle Corporazioni ha inviato una circolare ai Prefetti nella quale è detto che si ritiene opportuno, in attesa della emanazione del cennato provvedimento ed anche per rendere più spedito a suo tempo il passaggio delle suindicate attribuzioni, si addivenga alla nomina di un Commissario per i singoli ordini professionali, ai sensi dell'art. 9, primo comma, del R. D. 26 aprile 1928.

I Prefetti cureranno che la scelta dei commissari cada su professionisti che godano del più largo prestigio, e, a tal fine, prenderanno gli accordi del caso con le Organizzazioni sindacali interessate, per il tramite dei presidenti dei Comitati provinciali professionisti ed artisti, nonchè con i Segretari federali del Partito.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARROCCIA (*Avellino*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

BOLOGNA. *Amministrazione degli Ospedali.* — Scad. 31 gen.; aiuto radiologo presso l'Istituto C. A. Pizzardo.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Scad. 18 feb. Primario medico generale; L. 6500 e compartecipaz. 75 %; età lim. 45 a.; titoli. Libera docenza in clinica medica od in patologia medica.

BULTEI (*Sassari*). — Scad. 28 feb.; consor.; lire 10.500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cav., L. 800 arm. farm., L. 1000 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CALTANISSETTA. *R. Prefettura.* — Scad. 28 feb., ore 18; uff. san. di Niscemi; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %.

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 800 uff. san., L. 4000 trasp.

CARPI (*Modena*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 2500 trasp., altre indennità.

CASTELDACCIA (*Palermo*). — Scad. 8 mar.; L. 9500 lorde 12 %; 5 quinquenni dec.; età lim. 30 a.

CASTELLARANO (*Reggio Em.*). — Scad. 31 mar., ore 16; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 indenn. categoria, L. 1500-3000 trasp., L. 500 ambulat., addizionale L. 5 sopra il numero di poveri fissato dalla G. P. A., L. 1000 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 dic.

CAVRIGLIA (*Arezzo*). — Scad. 20 mar.; per Meleto; L. 9000 e 4 quadrienni dec., c.-v., L. 2400 cavalc.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

COMO. *R. Prefettura.* — Scad. 30 apr.; uff. san. di Lierna e uniti; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 4500 trasferta; età lim. 45 a. Rivolgersi Ufficio del medico prov.

CREVALCORE (*Bologna*). — Scad. 10 feb.; 4° reparto; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

FARRA DI SOLIGO (*Treviso*). — Scad. 29 mag.; 2ª cond.; L. 8500, c.-v., trasp.

GAMBOLÒ (*Pavia*). — Scad. 20 feb.; cond. esterna; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

GANGI (*Palermo*). — A tutto 31 gen.; L. 8250, 5 quinquenni, addizionale ecc.; riduz. 12 %.

GENOVA. *Opera Pia De Ferrari Brignole Sale.* — Scad. 15 feb.; primario dirigente l'ambulatorio medico negli Ospedali Galliera; L. 3000; tassa L. 50. Rivolgersi segreteria dell'O. P., Ospedale S. Andrea, via A. Volta 8.

GORIZIA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 31 mar.; due medici primari; L. 14.000 e 6 aumenti del decimo, L. 3000 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 30-40 a.; tassa L. 50. Rivolgersi all'Amministraz. Provinc.

IMOLA. *Manicomio di S. Maria della Scaletta.* — Il concorso per titoli ad un posto di medico è prorogato al 28 feb.

MACERATA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 2 mag.; aiuto medico nell'Istituto tubercolosi di Villa Montalbano; L. 6000 e 4 quadrienni di lire 1100, serv. att. L. 450, c.-v., vitto e alloggio o L. 4000 lorde; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MALPIGNANO (*Lecce*). — Scad. 1 mar.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; titoli ed esami; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MARCIANISE. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 28 mar.; medico chirurgo dell'Ospedale; L. 3500; chiarimenti dall'Amministraz.

MILANO. *Istituto Naz. Vitt. Em. III per lo studio e la cura del cancro.* — Scad. 15 feb., ore 18; aiuto della Divisione med.-chirurg.; titoli ed esami; L. 12.000 oltre L. 1500 serv. att.; 3 aumenti decimo; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 15 mag.; 6 medici chirurgi assistenti interni; L. 5600 oltre L. 360 serv. att.; età lim. 35 a. Rivolgersi Direzione Medica, via Ospedale 5.

MODENA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 mag.; titoli ed esami; vice direttore aiuto del Dispensario di Modena; medico dirigente del Dispensario di Castelfranco Emilia; medico dirigente dei dispensari di Finale Emilia-Mirandola-Sassuolo-Formigine; stipendi rispettivam. L. 7000, L. 5000 e L. 5000; al primo posto è annessa l'indennità di carica di L. 4000. Rivolgersi Segreteria del Consorzio.

MONDOVÌ (*Cuneo*). — Scad. 15 feb.; per Piazza; L. 7000 oltre L. 1500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

MONTEBELLUNA (*Treviso*). *Ospitale Civile « Carretta ».* — Scad. 30 mar., ore 18; chirurgo primario; L. 10.000 non aumentabili; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. al 30 sett. Rivolgersi Segreteria.

MONTELEONE DI FERMO (*Ascoli P.*). — Scad. 1° aprile; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san. (provvis.), L. 2700 cavalc.; riduz 12 %; ai celibi riduz. L. 300; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sanbiasi.* — Scadenza 15 marzo 1934-XII. Per titoli, posto di primario chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde 12 %); compartecipazione 40 % proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40; libera docenza patologia e clinica chirurgica; sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche universitarie od Ospedali oltre 500 letti; almeno dieci anni di laurea. Tassa concorso L. 50,10. Chiedere notizie e Capitolato alla Congregazione di Carità.

NISCEMI. — (Vedere CALTANISSETTA).

OMEGNA (*Novara*). — Scad. 2 febb.; zona C; lire 7000 oltre L. 1800 trasp., L. 500 ambulat.

Scad. 25 feb.; zona B; L. 7000 oltre L. 2000 trasp. Per i due posti indenn. famiglia; deduz. 12 %.

ORSERA (*Pola*). — Scad. 20 apr.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., L. 900 indenn. malaria, L. 800 uff. san., L. 4000 trasp.; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50.

PAVIA. *R. Prefettura.* — La scadenza del concorso per Ufficiale Sanitario Consorziale di Vigevano è prorogata dal 28 febbraio al 10 marzo 1934.

PECOGNAGA (*Mantova*). — Scad. 20 mag.; condotta B; L. 7040 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1019,15 c.-v., L. 2200 trasp., L. 440 ambulat.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PIACENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica presso il Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 12.000 lordo delle trattenute di legge, aumentabile del decimo per 5 trienni ed un quinquennio, oltre l'indennità caro-viveri temporanea nella misura stabilita e sempreché il nominato si trovi nelle condizioni volute dalle vigenti disposizioni; il tutto soggetto alla riduzione del 12 % di cui il R. Decreto 20-11-1930, N. 1491. La domanda, in bollo di L. 3, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità, condizioni, etc., possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi al Preside dell'Amministrazione Provinciale di Piacenza, debbono pervenire al Preside predetto non più tardi delle ore diciotto del 10 marzo 1934-XII.

POGGIO SANNITA (*Benevento*). — Scad. 30 apr.; L. 5456 e 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

POLA. *Ospedale Generale e Psichiatrico « Santorio Santorio ».* — Scad. 15 feb., ore 18; primario chirurgo, primario della Divisione dermosifilopatica, aiuto del Reparto psichiatrico; per i primarî stip. L. 10.800, serv. att. L. 2430, partecipaz., età lim. 45 a.; per l'aiuto stip. L. 7200, serv. att. L. 1800, età lim. 35 a.; aumenti periodici; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 3 gen. Chiedere annunzi all'Amministrazione dell'Ente.

PULFERO (*Udine*). — Scad. 30 apr.; L. 10.000 e c.-v., serv. att. L. 600, uff. san. L. 1000, trasp. L. 3000.

RIBERA (*Agrigento*). — Scad. 15 apr.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; titoli ed esami.

ROLO (*Reggio Em.*). — Scad. 31 mar.; L. 8000; addizion. L. 5 per i poveri superanti il numero prescritto dalla G. P. A.; L. 1500-3000 trasp., lire 1000 uff. san., L. 500 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Governatorato.* — Scad. 15 feb.; medico igienista di 2ª classe; L. 14.400 e quadrienni, eventualm. c.-v., serv. att. L. 1690; promovibilità; riduz. 12 %, età lim. 25-35 a. al 31 dic.; biennio di assistentato (in seguito a concorso) in clin. med., chirurg. o pediatr. od in osped. di almeno 100 letti; tassa L. 50. Rivolgersi Protocollo della Ripartizione Iª, Campidoglio.

S. MARGHERITA LIGURE (*Genova*). — Scad. 15 mag.; L. 7200 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SAN VITO ROMANO (*Roma*). *Ospedale Civile « G. Baccelli ».* — Scad. 10 mar.; direttore; L. 9500 e compartecipaz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; un anno di condotta o di ospedale; titoli ed esami; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

SERBARIU (*Cagliari*). — Scad. 5 feb.; L. 9000 e 4/10 quinquennali oltre c.-v. se dovuto, L. 2000 trasp., L. 500 se uff. san.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di direttore della Sezione Medico-Micrografica presso il Laboratorio di igiene e profilassi della Provincia. Stipendio annuo lire 15.000 oltre l'indennità di servizio attivo di L. 3000 e l'indennità caro-viveri. Trattenute di legge. Scadenza del concorso ore 12 del 30 aprile 1934. Richiedere chiarimenti alla Amministrazione Provinciale di Sondrio.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli. Posto di medico primario presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Sondrio. Stipendio annuo L. 11.000 oltre l'indennità di servizio attivo di L. 3000 e l'indennità caro-viveri. Trattenute di legge. Scadenza ore 12 del 30 aprile 1934. Richiedere chiarimenti alla Amministrazione Provinciale di Sondrio.

TRIESTE. *Ospedali Comunali.* — Scad. 2 magg.; direttore generale; L. 30.000, oltre L. 6000 serv. att., L. 6000 alloggio; età lim. 45 a. Rivolgersi Comune.

URBISAGLIA (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 15 feb.; L. 8000 e 2 quadrienni dec., oltre L. 2200 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; c.-v.; riduz.

VIGEVANO. — (Vedere PAVIA).

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Ernesto Pestalozza.

Presso la R. Università di Roma è bandito il concorso al premio triennale « Fondazione Ernesto Pestalozza » per lavori nel campo dell'ostetricia e della ginecologia.

Il premio, costituito con la rendita del capitale di L. 50 mila (detratte le tasse e le spese di amministrazione), sarà conferito al miglior lavoro o ai migliori lavori pubblicati per le stampe da cittadini italiani laureati in medicina e chirurgia in Università italiane.

Detti lavori debbono trattare argomenti, che rientrino nel tema stabilito dalla Commissione: « Anatomia e fisiologia dell'utero gravido ».

Le domande d'ammissione, su carta bollata da L. 3, accompagnate dal certificato di laurea in medicina e chirurgia, dal certificato di cittadinanza italiana e dalle pubblicazioni, debbono essere presentate al Rettorato non più tardi delle ore 12 del 12 dicembre 1936.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

La « Société de Biologie » di Lione ha nominato membro associato straniero il prof. Giuseppe Sanarelli, direttore del R. Istituto d'Igiene di Roma.

In seguito a dimissioni del prof. Gaetano Fichera da direttore della Clinica chirurgica di Pavia — da lui rassegnate per dedicare tutta la sua attività agli studî sul cancro — quella Facoltà medico-chirurgica ha chiamato, con voti unanimi, a sostituirlo, il patologo chirurgo prof. Giovanni Morone.

La Facoltà medica di Siena ha incaricato dell'insegnamento di patologia chirurgica l'on. prof. Giorgio Alberto Chiurco, aiuto nella stessa cattedra.

La Facoltà medica di Modena ha incaricato dell'insegnamento d'igiene il prof. Fulvio Pulcher, aiuto nell'Istituto d'igiene di Genova.

La Reale Società Italiana d'Igiene ha offerto una medaglia d'oro al proprio presidente prof. Veratti per la brillante organizzazione del 1° Congresso d'igiene rurale.

Il dott. H. S. Raper, professore di fisiologia a Manchester, è nominato membro del Consiglio delle Ricerche Mediche dell'Inghilterra, in sostituzione del prof. Eduard Mellanby, nominato segretario.

La dott.a Bigard è nominata direttrice dell'Ospedale di Vaugirard di Parigi. È la prima volta che una carica simile viene affidata ad una donna nei servizî ospedalieri francesi, a quanto afferma « L'esprit médical » (5 gen. '34).

Il prof. comm. Arturo Manna, docente di patologia chirurgica, è stato insignito dell'onorificenza di cavaliere nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro, in riconoscimento dei servizî che da vario tempo presta quale Console Medico nella Milizia Forestale. Rallegramenti.

MEDICI SPORTIVI NOMINATI E RATIFICATI.

Fiduciari Provinciali della Federazione Italiana Medici degli Sportivi: dottori Niederhäuser Arnoldo, Modena; Bevilacqua Renato, Campobasso; Bartolucci Filiberto, Littoria e Sabaudia; Sciarretta Gennaro, Ancona; Gramoli Alberto, Reggio Emilia; Negro prof. Francesco, Savona.

Sanitari addetti a Società sportive: dottori Batignani Agostino, G.U.F., Siena; Sirna Giuseppe, « Hokey a rotelle », Roma; Sforza Francesco, O.N.D. S. C. Acciaierie Falck, Sesto S. Giovanni; Simonetti Giuseppe, « Foot Ball Club », Crema; De Simone Giuseppe, « Società Calcio », Monza; Laugeri Melanio, « Foot Ball Club », Toriño; Locatelli Federico, « U. S. Alessandria », Alessandria; Positano De Rossi Benedetto, « Fratellanza Sportiva », Genova-Sestri; Bini Leonardo, « A.S.F. », Empoli; Pirazzini Romano, « U. S. Vimercatese », Vimercate; Chantel Enrico, « Associazione Sportiva », Aosta; Valensin Mario, « A. C. Robur ». Siena; Cerri Giulio, « U. S. Sempre Avanti », Piombino; Parisi Fausto, « Foot Ball Club », Modena; Devoto Eugenio, « Entella F. B. C. », Chiavari; Montali Tirteo, « Club Sportivo », Cagliari; Chiadini Vanni, « Ass. Sportiva », Forlì.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da New York.

Le Conferenze del prof. Castiglioni in America.

Il ciclo delle lezioni di storia della medicina tenute in varie università e accademie degli Stati Uniti d'America dal prof. Arturo Castiglioni, dell'Università di Padova, ha destato un vasto interesse nel mondo scientifico americano, ed è stato accolto con entusiasmo dai medici italiani d'America. La stampa medica e i grandi quotidiani delle maggiori città americane hanno dedicato lunghi articoli a queste lezioni che sono state ascoltate dovunque da un pubblico numerosissimo ed attento.

Il prof. Castiglioni ha parlato anzitutto all'Università Johns Hopkins di Baltimora ed ha tenuto un corso di lezioni su « Il Rinascimento scientifico in Italia » nell'aula massima di quella illustre Università. Queste lezioni, che sono state applauditissime, saranno quanto prima pubblicate, per decisione del Consiglio Accademico dell'Università, in un volume a sè. Quindi il prof. Castiglioni ha parlato in una solenne seduta dell'Accademia Nazionale di Medicina di Nuova York su « La Scuola di Salerno »; alla Columbia University della medesima città su « La concezione igienica di Girolamo Fracastoro »; alla Cornell University su « La Scuola medica di Padova », e fu dovunque festeggiatissimo. Da Nuova York il nostro illustre scienziato si recò a Washington ove fu molto cordialmente accolto dal R. Ambasciatore Rosso che appoggiò molto efficacemente tutta questa bella opera di italianità. Seguirono quindi altre importanti conferenze, una delle quali nel Padiglione italiano dell'Esposizione di Chicago su il tema « La medicina italiana attraverso i secoli ». Successivamente il prof. Castiglioni parlò in tutte le grandi università del West e precisamente a Milwaukee, Iowa, Omaha, St. Paul, Minneapolis e Rochester Minn., nella quale ultima città egli fu ospite dei fratelli Mayo, fatto segno a grandi dimostrazioni di simpatia dai medici della Clinica; infine altre lezioni, sempre su argomento di storia della medicina italiana, furono tenute nella celebre Università di Yale, nella Scuola medica di Rochester N. Y., al Collegio dei medici e chirurghi di Filadelfia. Particolarmente cordiali furono le accoglienze che il professore padovano ebbe a Chicago ove parlò successivamente in tutte le tre grandi università di quella metropoli.

Non mancò ai medici italiani l'occasione di sentire parlare in lingua italiana il loro illustre collega. Infatti dopo le ventotto conferenze tenute in lingua inglese nelle città sunnominate, il prof. Castiglioni, aderendo all'invito cordialissimo dei medici italiani, parlò a Filadelfia e a Baltimora nelle sale dell'Ordine dei Figli d'Italia, a Nuova York nella Casa Italiana e infine, in una serata indimenticabile che destò un'onda di entusiasmo patriottico e culminò in una grande ovazione al conferenziere, il giorno 8 corrente egli parlò nella grande aula del Columbus Hospital sotto gli auspicî della Italian Historical Society e della Società dei Medici Italo-Americani. L'oratore svolse il tema « Roma e il pensiero latino nella storia della medicina » e parlò dinanzi ad un uditorio affollato e raccolto evocando con appassionata eloquenza le glorie italiane e dimostrando come le tradizioni della medicina italiana, sociale e poli-

tica sieno degnamente continuate e nobilmente rinnovate dal Governo Fascista con la meravigliosa opera di bonifica delle Paludi Pontine, con la lotta contro la malaria, con la difesa della maternità ed infanzia, con la lotta contro la tubercolosi.

Il più autorevole dei giornali italiani, il « Progresso Italo-Americano », conclude la sua relazione sull'opera del prof. Castiglioni con le seguenti parole: « Il prof. Castiglioni può essere a ragione orgoglioso della magnifica opera di propaganda da lui qui compiuta. Con le sue trenta conferenze e lezioni tenute nelle maggiori università americane egli ha dimostrato che cosa abbia rappresentato e rappresenti il pensiero e l'opera scientifica dell'Italia dai tempi di Roma ai nostri giorni, da Galeno a Fracastoro, da Galileo a Leonardo, dalla Scuola di Salerno a Forlanini. Egli è stato accolto dovunque con le più grandi dimostrazioni di simpatia e gli italiani degli Stati Uniti si associano con cuore commosso a questo plauso unanime degli americani ».

I medici italiani che sono legati da affetto profondo alla madre-patria e alle gloriose scuole italiane, ricorderanno sempre con profonda riconoscenza queste magnifiche lezioni nelle quali un illustre scienziato italiano ha luminosamente dimostrato quale sia stata la parte avuta dal nostro paese nella storia della medicina.

New York, 15 dicembre 1933.

Dott. R. M.

Da Milano.

La costituzione motoria degli anormali psichici.

È il tema della prolusione al Quinto Corso di Perfezionamento per la preparazione del personale insegnante ed assistente degli anormali affidato per disposizione di legge all'Istituto Toniolo che il prof. Eugenio Medea, presidente della Società italiana pro Infanzia anormale, ha tenuto il 6 corr. mese presso l'Università Cattolica di Milano.

Il prof. Medea ha richiamato le moderne vedute intorno alle funzioni e alla patologia del sistema extrapiramidale dimostrando con quanta frequenza, dati i metodi più fini della odierna semeiotica neurologica, si riscontrino nei frenastenici anche biopatici segni di lesione del sistema extrapiramidale.

Ha poi fatto una lucida esposizione della costituzione motoria così genialmente illustrata dal Delisi di Cagliari, dimostrando le applicazioni pratiche di questi concetti sia nel normale che nel malato di mente e nel frenastenico.

Ha terminato parlando dell'importantissimo problema dell'instabilità, così acutamente trattato dal De Sanctis nel recente Convegno per l'Infanzia Anormale a Roma e che ha tanta importanza non solo dal punto di vista scientifico, ma anche dal punto di vista strettamente scolastico.

Finalmente ha insistito sull'importanza dell'educazione fisica anche per gli anormali, ricordando quanto egli stesso ha sostenuto nel recente Congresso intereuropeo d'Igiene Mentale a Roma, basandosi molto sui risultati che anche in rapporto alla psiche ha l'educazione fisica nel normale come risulta dagli studi compiuti a Roma presso l'Accademia fascista in rapporto all'Opera Nazionale Balilla.

Al Corso si sono iscritti molti maestri e maestre della Lombardia.

As.

NOTIZIE DIVERSE.

Giornate mediche del Cile.

Per commemorare il primo centenario della Scuola di Medicina di Santiago del Cile, viene organizzata una serie di riunioni che costituiranno le « Giornate Mediche del Cile » e che comprenderanno: la 5ª riunione annua di medicina; la 2ª settimana dell'esperienza chirurgica; il 1° congresso di pediatria; la riunione plenaria della Società di tisiologia; inoltre si terrà la 1ª sessione dell'Associazione medico-chirurgica latino-americana, fondata a Lima nello scorso febbraio. Interverranno alla manifestazione rappresentanti di numerosi Enti culturali dei Paesi neo-latini dell'America e dell'Europa. La data verrà fissata ulteriormente.

Corsi di perfezionamento.

Presso la Facoltà medica di Vienna si terrà un corso di perfezionamento sulle malattie gastro-intestinali e del ricambio, dal 12 al 25 febbraio; il corpo insegnante comprende 33 professori titolari e 20 docenti e assistenti; tassa 50 scellini austriaci.

Sono anche organizzati corsi di medicina interna (26 febbraio - 3 marzo, tassa 80 s.), pediatria (26 febbraio - 10 marzo, tassa 900 s.), ginecologia e ostetricia (26 febbraio - 5 marzo, tassa 150 s.), dermovenereologia (26 febbraio - 8 marzo, tassa 100 s.). Per programmi ed informazioni rivolgersi a: Das Sekretariat der Internationalen Fortbildungskurse, Wien, IX, Porzellangasse 22; ovvero a: Das Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Wien, IX, Alserstrasse 4.

Ospedale per infettivi a Pavia.

Al Policlinico di Pavia, per iniziativa dei tre enti Comune, Provincia e Ospedale, su progetto iniziale dell'Ufficio tecnico comunale, è stato costruito il reparto per malattie infettive e il tifosario, a complemento del programma del riassetto ospitaliero. Possono esservi ospitati 20 infettivi varî e 60 tifoidei e vi sono annessi tutti i servizi di profilassi.

Elargizioni e legati.

Una signora di Milano ha, con disposizione testamentaria in cui manifesta il desiderio di serbare l'incognito, istituito erede universale l'Ospedale Maggiore di quella città, che si presume raccoglierà dalla sostanza ereditata, dedotto l'importo di numerosi e notevoli legati a favore di famigliari, l'importo netto di circa tre milioni di lire.

Allo stesso Ospedale sono stati legati: dal comm. Giulio Luigi Moscatello L. 400.000; dalla sig.a Adalgisa Introini ved. Monaci L. 150.000; dal cav. Giuseppe Girola L. 50.000.

Il patrizio forlivese Rinaldo Pallareti ha lasciato un patrimonio di oltre 2 milioni alla Congregazione di Carità, per benefizio dell'Ospedale Civile G. B. Morgagni; ha disposto altri cospicui legati a favore di enti educativi ed assistenziali del Fascismo.

L'avv. Angelo Pirotta, morto a Milano in età di 49 anni, ha lasciato il suo patrimonio, valutato ad oltre un milione e mezzo, al Collegio Ghislieri di Pavia — nel quale trascorse gli anni

universitari — affinchè si istituiscano borse di studio per studenti universitari bisognosi appartenenti alla provincia di Pavia.

Cassa Malattia per rurali.

Presieduto dal vice-presidente avv. Roberti, incaricato dal presidente on. Razza, si è riunito il Consiglio direttivo della Federazione delle « Casse Mutue Malattia per i lavoratori agricoli ».

Il Console Minasi, segretario generale, ha fatto una relazione sul funzionamento delle Casse, le quali contano centomila capi-famiglia inscritti; e, fatto cenno alle tre Casse di Milano, Pavia e Bari ora costituite, parlò degli accordi in corso in altre città per l'abbinamento dell'esazione dei contributi di invalidità e vecchiaia e tubercolosi con quelli di Assicurazione malattia. Questo accordo porterà i mutuati a circa 280 mila e i contributi a 26 milioni.

L'assistenza malattia alle famiglie degli operai della provincia di Cremona.

Nei locali dell'Unione provinciale di Cremona dei Sindacati fascisti dell'industria si è riunito il Direttorio dell'Unione stessa ed è stato votato il seguente ordine del giorno: « Il Direttorio dell'Unione provinciale dei Sindacati fascisti dell'industria, riunitosi sotto la presidenza del segretario generale dell'Unione stessa avv. Efigenio Carli, considerata l'opportunità che a tutti gli operai industriali della provincia debba essere estesa l'assistenza medico-farmaceutica anche nell'ambito della famiglia; considerato che attualmente detta assistenza è demandata ai Comuni i quali ritrarrebbero sensibile vantaggio qualora detta assistenza venisse svolta da un Ente sindacale; tenuto conto che tutti gli operai accetteranno favorevolmente l'istituzione di una Cassa Mutua integrativa per l'assistenza medico-farmaceutica alle famiglie; fa voti che l'Unione provinciale dei Sindacati fascisti dell'industria in persona del suo segretario generale Efigenio Carli, ponga allo studio un progetto che consenta di risolvere simile problema, che si impone per il benessere di tutta la massa operaia, dandogli facoltà di prendere i necessarî accordi con le Amministrazioni comunali della provincia e di sottoporre il problema all'approvazione di tutti i Sindacati operai ». (Notiamo che degli enti corporativi dei medici non si parla).

Lega per diabetici in Ungheria.

A Budapest è sorta una Lega nazionale dei diabetici. Nel discorso inaugurale il presidente, dott. Oberschall, ha esposto la necessità di organizzare i diabetici su basi economiche, affermando che la malattia ormai può essere considerata malattia nazionale. L'organizzazione economica è necessaria per rendere la dieta meno costosa e per ridurre il costo delle medicine.

Gesta di studenti spagnoli in odontoiatria.

Gli studenti in odontoiatria di Madrid, i quali già in una precedente occasione, non soddisfatti della sede loro assegnata, avevano trasportato l'arredamento in un'altra, dando luogo a incidenti, hanno fatto una nuova protesta contro il programma di studî, demolendo l'arredamento delle aule ed appiccandovi il fuoco. Contro gli agenti accorsi a ristabilire l'ordine sono stati esplosi alcuni colpi di rivoltella. Incidenti sono pure avvenuti a Salamanca.

Medici tedeschi profughi in Francia.

La « Confédération des Syndicats Médicaux Français » aveva espresso la propria indignazione di fronte alle persecuzioni di cui erano vittime i medici ebrei in Germania ed aveva insistito sui diritti alla libertà di esercizio nei Paesi civili. Intanto la legge Armbruster ha posto praticamente un catenaccio all'esercizio di questi medici in Francia, salvo che non siano naturalizzati e conseguano il diploma in Francia. Il voto dei sindacati era dunque platonico. Tuttavia si offre qualche ospitalità ai profughi: così uno degli ultimi provvedimenti di Calmette, all'Istituto Pasteur, fu l'assunzione di una mezza dozzina di medici che erano stati banditi dalla Germania perchè di sangue semitico. (Così il « British Med. Journ. », 13 genn. 1934).

Azioni giudiziarie.

La Corte d'Appello di Rennes, confermando una sentenza del Tribunale Civile di Quimper, ha condannato il dott. M. per un grave errore professionale, in quanto, nell'applicazione della radioterapia ad una cliente, vedova Gnyader, per fibroma uterino, non ha avuto cura di prevenire che i campi d'applicazione si sovrapponessero, provocando così una grave radiodermite e sclerodermia. La Corte ha stabilito che, provvisoriamente, il dott. M. corrisponda 10.000 franchi, salvo gli accertamenti dei danni (la cliente aveva chiesto 200.000 franchi), oltre le spese di giudizio. (« Rev. Méd. Franç. », dicembre 1933).

Un po' dovunque.

Le Giornate mediche belghe del 1934 si terranno dal 23 al 27 giugno sotto la presidenza del prof. Edgard Zunz; saranno destinate alla « fisiopatologia delle glandole endocrine ». La conferenza inaugurale sarà fatta dal prof. Maurice Loeper di Parigi.

Dal 9 al 14 ottobre si tenne a Rio de Janeiro una conferenza brasiliana sulla lebbra, sotto la presidenza onoraria del dott. Washington Pires, ministro dell'educazione e della salute pubblica, e sotto la presidenza effettiva del prof. Eduardo Rabello.

Nel prossimo luglio verrà convocato il 1° congresso medico sudamericano di psicoanalisi, a Rio de Janeiro.

Si è adunato a Barcellona il 2° Congresso spagnolo di patologia della digestione, sotto la presidenza del dot. Gallart Monnés.

La 7ª adunanza della Società tedesca per ricerche sulla circolazione si terrà il 16 e il 17 aprile a Bad Kissingen; discuterà il tema « Trombosi ed embolia »; relatori: L. Aschoff (Friburgo), P. Morawitz (Lipsia) e L. Nürnberger (Halle). (Segretario: Prof. Eb. Koch, Bad Nauheim, Germania).

La Società tedesca dei medici laringo-rino-otologhi si adunerà dal 17 al 19 maggio in Würzburg.

La Lega Francese contro il reumatismo si è adunata il 25 novembre nell'Ospedale della « Pitié » a Parigi. (Segreteria: avenue du Président Wilson 3, Paris XVe).

L'Associazione per l'assistenza ai luposi ha sede a Parigi, nel museo dell'Ospedale « Saint-Louis »; ne è presidente il sen. Leredu, ex ministro dell'igiene.

Un congresso sulla colibacillosi, le infezioni e intossicazioni d'origine intestinale si terrà nei giorni 20 e 21 maggio a Chatel-Guyon, sotto la presidenza del prof. Carnot. (Segretario generale: P. Balmo, médecin-directeur des Etablissements Thermaux de Chatel-Guyon, Francia).

La prima riunione dell'« Alliance Scientifique et Médicale Française » si è tenuta a Bordeaux il 15 dicembre, con l'intervento di un centinaio di medici.

La Società di Medicina Legale di Roma si è adunata il 15 dicembre sotto la presidenza del dott. F. Dore, assistito dal segretario prof. Bellussi. Il dott. F. Dore e il prof. S. Ottolenghi commemorarono il prof. Vittorio Martin Wedard. Seguirono comunicazioni dei soci P. Di Porto ed E. Scatamacchia.

Promosso dalla Sezione tridentina della Federazione naz. per la lotta contro la tubercolosi, si è svolto ad Arco un convegno di tisiologi; fu aperto dal dott. Sartori; tra i molti disserenti furono il dott. Lublich (crisi emoclasica da rifornimento), il dott. M. Martinelli (quadri clinico-radiologici della tbc. iniziale nell'adulto), la dott.a Confalonieri (tbc. nel lattante), il dott. Decleva (corpi fibrinosi mobili endopleurici) ecc. Fu posta in rilievo l'opera del Regime per la sanità della razza attraverso la crociata antitubercolare.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 29 dicembre e il 5 gennaio, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. F. Donini. Furono fatte comunicazioni dai soci: prof. E. Freund, prof. E. Oliani, G. Rossi, prof. G. Mann, I. Levi.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 14 dicembre, sotto la presidenza del prof. P. Pietra, assistito dal segretario dott. L. Ferrero; furono fatte comunicazioni dai dottori prof. V. Ferrero, prof. P. A. Meineri, E. Giubertoni, G. Spatola, U. Secondi.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 3 gennaio, sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Fecero comunicazioni i soci prof. G. Colle, M. Mantovani Orsetti, prof. G. Pieri, prof. E. Dardani, A. Dalla Palma.

Un corso complementare d'igiene pratica si terrà a Pavia a partire dal 3 aprile per la durata di due mesi. Tassa L. 408,60. Chiedere annunzio al R. Istituto d'Igiene.

L'Associazione della stampa medica francese ha tenuto, il 15 dicembre, il suo banchetto annuale. Parlarono Loeper, Souques e per gli stranieri Meyer e Domínguez.

Il prof. Gaetano Ronzoni, in una seduta al Rotary Club di Milano, ha parlato su « Inizio e sviluppi dell'assistenza sociale di fabbrica in Italia e specialmente a Milano ».

L'Ospedale Italiano di Londra ha compiuto, con il 1° gennaio, il suo cinquantennio di esistenza. Durante questo periodo ha avuto un notevole incremento.

Il R. Commissario del Comune di Napoli ha donato al Consorzio provinciale antitubercolare un terreno esteso 12.000 mq., in San Gennaro a Pozzuoli, perchè vi sia costruito un moderno ed ampio Preventorio antitubercolare.

Da un articolo redattoriale pubblicato nel « Paris Médical » del 6 gennaio, si rileva che la Francia dispone complessivamente di 173 sanatori con 24.558 letti.

Il periodico « El Siglo Medico » di Madrid ha destinato il fascicolo del 6 gennaio ad un esame prospettico dei principali progressi realizzati nei vari rami della medicina, con riguardo alla Spagna; il fascicolo è riccamente illustrato.

Il corpo sanitario dell'Istituto superiore di odontoiatria « G. Eastman » di Roma si è recato, con i proprî automezzi ed autogabinetti, nell'Agro Pontino, ove ha proceduto alla visita di circa 3000 scolari.

Un Comitato promotore ha pubblicato un volume di 300 pagine in commemorazione del medico argentino Guillermo Dawson (1821-1890), figlio di un medico nord-americano e di una signora argentina, primo titolare della cattedra d'igiene istituita in Argentina (a Buenos Aires, nel 1873); ebbe molta parte nella vita pubblica ed a lui si devono molte realizzazioni nel dominio della medicina sociale.

Nella seduta del 29 dicembre u. s. della R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo il socio prof. Fortunato Cinquemani ha commemorato il compianto prof. Gaetano Parlavecchio, ordinario di medicina operatoria nella R. Università di Palermo. Erano presenti numerosi soci, amici ed ammiratori dell'illustre estinto.

Il « Lancet » del 13 gennaio pubblica un articolo commemorativo di Ramazzini redatto dal dott. R. P. White, che avrebbe dovuto leggerlo alla cerimonia di Milano, ma ne fu impedito da grave malattia, che ora lo ha condotto a morte.

È stato costituito in Spagna un Ministero del Lavoro, della Sanità e della Previdenza sociale, ed affidato al dott. Estadella, già sottosegretario di Stato alla Sanità, posto al quale è stato ora chiamato il dott. Pérez Mateos.

Un comunicato della Prefettura di polizia di Parigi annunzia che i servizi di igiene segnalano una recrudescenza dei casi di febbre tifoide. La leggera epidemia sarebbe dovuta a guasti sopravvenuti negli apparecchi che assicurano la sterilizzazione delle acque potabili di Parigi.

Con R. Decreto è stato concesso il riconoscimento giuridico a norma e agli effetti della legge 8 aprile 1923 al Sindacato Nazionale Fascista delle Infermiere diplomate aderenti alla Confederazione Nazionale dei Sindacati Fascisti dei Professionisti e degli Artisti e ai relativi Sindacati.

Mentre in Italia si promuove la natalità, mezzo di potenziamento della Nazione, in Inghilterra viene tollerata un'attivissima propaganda per la limitazione delle nascite. Le due società « National Birth Control Association » (Eccleston Street 26, London S. W. 1) e « Society for the Provision of Birth Control Clinics » (East Street 153-A, Warworth Road, London S. E. 17), nelle loro relazioni annuali, vantano ciascuna i propri grandi successi propagandistici!

Come ne demmo già notizia, si è aperta a Istambul una nuova Università; ad essa sono addetti 40 professori stranieri e più esattamente 30 tedeschi e gli altri francesi o svizzeri; per 3 anni insegneranno nella loro lingua, poi in turco.

La Società spagnola di ginecologia ha commemorato il suo antico presidente Sebastian Recaséns. Ogni quadriennio verrà assegnato un premio Recaséns, di 40.000 pesete, per il miglior lavoro sul cancro, che segni un progresso essenziale nella lotta contro questa malattia.

L'Associazione professionale degli studenti di medicina in Spagna (FUE) ha organizzato un viaggio degli studenti dell'ultimo anno in Francia ed Inghilterra, con partenza da Madrid il 14 gennaio.

Nell'Istituto Centrale per i sordi a St. Louis (Stati Uniti) si è organizzato un laboratorio clinico di fonetica. Può ospitare 69 fanciulli dell'età scolastica e 67 ragazzi e adulti, nella Sezione per la correzione del linguaggio, e 38 adulti nelle classi per la « lettura sulle labbra ».

L'antica prigione femminile centrale della Spagna, ad Alcalé de Henares, sarà trasformata in un ospedale psichiatrico per criminali, di ambo i sessi; vi si raccoglieranno pazzi criminali da tutte le prigioni della Spagna.

Il Consiglio Nazionale dell'Associazione Volontari del Sangue è stato ricevuto dal Santo Padre e da S. M. il Re; il presidente, dott. V. Fomentano, ha presentato alle due alte Personalità un'ampia relazione, per la quale gli sono state rivolte parole di encomio.

Il *record* della trasfusione di sangue in Inghilterra è tenuto da una capo-assistente di giovani esploratrici presso la Croce Rossa britannica, residente a Hackney. Ella ha dato il sangue in 51 occasioni. Il *record* mondiale resta però ad un francese, che avrebbe dato il sangue a centinaia di malati: così almeno afferma il « Siècle Médical » (1° gen.).

Un gravissimo conflitto è scoppiato nella Commissione amministrativa degli ospedali di Marsiglia; vi hanno avuto parte ingerenze politiche.

Il dott. J. Schwetz, direttore del Laboratorio di batteriologia di Stanleyville (Congo belga), è stato oggetto di un'aggressione, mentre viaggiava sul battello fluviale « Docteur Rodhain ». Essa fu dovuta ad uno scambio di persona; non ha avuto conseguenze spiacevoli.

È morto in età di 71 anni il prof. J. CANTACUZÈNE, ex ministro della sanità pubblica della Romania. direttore dell'Istituto di medicina sperimentale di Bucarest. Si era laureato a Parigi in medicina ed in scienze ed era stato interno all'Istituto Pasteur. Ha compiuto pregevoli ricerche, sovratutto sul colera, il tifo, la tubercolosi ecc. Dirigeva gli « Archives Roumaines de Pathologie générale et Anatomie pathologique ».

È morto in età di 52 anni, per un infortunio automobilistico, il prof. JULIO IRIBARNE, di ginecologia e ostetricia all'Università di Buenos Aires, ove per due volte fu decano della Facoltà di scienze mediche. Era un uomo dall'attività molteplice.

È morto in età di 72 anni il prof. WILHELM PRAUSNITZ, ordinario d'igiene a Graz (Austria). Il suo « Manuale d'igiene » ha raggiunto la 12ª edizione.

In età di 97 anni si è spento a Friburgo-in-Briagau, il prof. C. BAUMLER, che fu a lungo medico nell'Ospedale tedesco di Londra.

È morto il dott. LÉOPOLD-LÉVI, specializzatosi nello studio delle disendocrinopatie.

Indice alfabetico per materie.

Angina pectoris: valore comparativo delle droghe usate nel trattam. continuativo . . . . Pag. 145
Apoplessia reumatica . . . . » 137
Appendicite cronica: il problema dell'— » 123
Avvelenamento subacuto da piombo . . » 149
« Brucella melitensis »: variazioni nel malato . . . . » 131
Corrispondenze . . . . » 157
Cronaca del movimento profess. . . . . » 154
Emicrania biliosa . . . . » 150
Epilessia (stato epilettico): trattam. . . » 150
Fecondità femminile: variazioni cicliche » 152
Intestino tenue: drenaggio nell'ileo paralitico e nelle occlusioni . . . . » 140
Ipercloridria: trattam. con estratto del lobo post. d'ipofisi . . . . » 139
Neurastenia: trattam. . . . . » 150
Oftalmie e pseudo-oftalmie dei neonati » 151
Pneumotorace art.: ernia del mediastino » 143
Polmonite: pressione venosa . . . . » 149
Radiologia. note 151, 152
Rene: infezione simulante la tbc. . . . » 149
Respirazione di Adams-Stokes: impiego dell'efetonina . . . . Pag. 149
Rettoscopia: accidenti gravi . . . . » 141
Reumatismo: etio-patogenesi . . . . » 144
Riflesso di Liget nella diagnosi delle affezioni addominali . . . . » 145
Sanità pubblica e servizi assistenziali al Senato . . . . » 153
Sciatica: trattam. . . . . » 150
Sclerosi a placche disseminate: epatoterapia . . . . » 151
Stagione e malattie . . . . » 146
Ulcera gastro-duod.: trattam. con estratto del lobo poster. d'ipofisi . . . . » 139
Tubercolosi: eredità . . . . » 142
Tubercolosi laringea: terapia con estratti tiroidei . . . . » 135
Tubercolosi: ricerche varie . . . . » 149
Tubercolosi polm.: infiltrato precoce . . » 143
Vaccinaz. antitubercolare: nuove disposizioni . . . . » 154
Visite mediche preventive ed assicuraz. contro le malattie profess. . . . . » 154

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 5 Febbraio 1934 - XII Num. 5

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: I. Schneider: Studio sul riassorbimento cutaneo mediante la prova di Donath e Tanne, in condizioni varie.
Note e contributi: M. Moschini: Shock da calcio: terapia e profilassi.
Osservazioni cliniche: G. Sai: Neuralgia intercostale sintomatica di ulcera gastrica e duodenale.
Igiene: G. Gianni: Lo sviluppo infantile in relazione al nuoto.
Riviste sintetiche: G. Dragotti: L'iperinsulinismo spontaneo. (Nuova sindrome definita).
Sunti e rassegne: TRAUMATOLOGIA: Soeur: Le ferite articolari e le artriti purulente traumatiche del ginocchio. — Moore: Le fratture del «tuber calcanei». — Lenormant: Il trattamento delle fratture antiche del calcagno. — MISCELLANEA: A. Duthoit e Ch. Gerner: Ricerche sperimentali sull'anafilassi e l'antianafilassi. — L. R. Grote: La gangrena nei diabetici. — A. Ravina e S. Lyon: Il trattamento delle intossicazioni da cianuro e da ossido di carbonio con il blu di metilene.
Notizia bibliografica. — **Cenni bibliografici.**
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Emiplegie ed afasie transitorie nei cardiaci. — Le sindromi anginose nell'ernia dello hiatus diaframmatico. — Il valore clinico della pressione arteriosa nelle alterazioni cardio-vascolari. — Le cause dell'insufficienza cardiaca nei cardiaci. — Insulina e glucosio nel trattamento delle malattie cardiache. — L'alcool octilico nell'ipertensione arteriosa. — La tiroxina nell'ipertonia. — L'azione dell'adrenalina sul ritmo cardiaco. — NOTE DI EMATOLOGIA: La formula leucocitaria negli operati di tonsillectomia. — MEDICINA SCIENTIFICA: Enzimi cristallizzabili. — MEDICINA SOCIALE: Per la lotta contro i tumori maligni. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Risposte a quesiti per questioni di massima.
Nella vita professionale: Servizi igienico-sanitari. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Patologia Medica della R. Università di Pavia.
Direttore: Prof. L. VILLA,

Studio sul riassorbimento cutaneo mediante la prova di Donath e Tanne, in condizioni varie.

Dott. ITALO SCHNEIDER.

Per lo studio dei fenomeni di riassorbimento nella cute Donath e Tanne hanno proposto un metodo semplice, che consiste nella iniezione di una sostanza colorante nel sottocutaneo e, successivamente, nell'osservazione del tempo di comparsa della sostanza stessa, fatta direttamente sul sangue venoso proveniente dalla zona di iniezione. Le difficoltà, che si presentano in questo ordine di ricerche, — consistenti nella comparsa lenta e solo in traccie nella massa sanguigna, difficilmente dimostrabili a causa della enorme diluizione della sostanza nel sangue, nella interferenza su questa sostanza del sistema endoteliale e istiocitario, (milza e fegato principalmente) — sono superate secondo gli AA. stessi mediante l'uso dell'Uranina, sostanza riconoscibile anche a diluizione enorme, ricercata nel sangue refluo dalla zona di iniezione. L'Uranina, per la sua spiccata proprietà di fluorescenza, è nettamente riconoscibile se diluita oltre 10.000 volte ed in piccolissime traccie.

Questa prova, che esprime nel tempo di comparsa della sostanza nel sangue venoso la velocità dei fenomeni di riassorbimento o di permeabilità reflua, ha richiamato l'attenzione da parte di Elias e Goldstein, i quali l'hanno usata in particolare per lo studio sperimentale della stasi, sopra tutto per quanto riguarda le modificazioni, nei cardiopatici, del passaggio di liquido dai tessuti (sottocutaneo) nelle vie sanguigne. Complessivamente essi deducono che negli stadi di scompenso, specie nei vizi combinati, le condizioni di trasporto quantitativo della sostanza colorata si svolgono nel modo meno soddisfacente e che le condizioni peggiori sono realizzate da malattie del circolo senza vizi valvolari. sia compensate che in scompenso. Appare però stra-

no come le condizioni di vasodilatazione, che siamo abituati a ritenere favorevoli ad aumento di scambi capillari, provochino, secondo questi AA., un ritardo nel riassorbimento di Uranina. In realtà si suol dire che la vasodilatazione favorisce la permeabilità dal sangue ai tessuti, ma non è noto se la stessa circostanza valga analogamente per la permeabilità in senso inverso. D'altra parte bisognerebbe forse poter distinguere nelle vasodilatazioni quanta parte vi abbiano ora la branca arteriosa, ora la branca venosa dei capillari, e valutare inoltre l'aumento eventuale della pressione venosa, come fattore di rallentato circolo refluo dai capillari.

Restano dunque oscuri per ora i fenomeni riscontrati nei malati di cuore e nè Donath e Tanne, nè Elias e Goldstein danno ragioni plausibili delle variazioni notate. Uno studio quindi tendente a conoscere quali fattori possano e come intervenire nella prova di Donath e Tanne, appare meritevole di interesse, tanto più che esso si inquadra nell'ampio capitolo dei fenomeni fisiopatologici di permeabilità, che sono all'ordine del giorno.

* * *

Nelle ricerche da me eseguite, per consiglio e sotto la guida del Direttore dell'Istituto, ho adottato la modificazione di Elias e Goldstein alla tecnica originale, che permette l'osservazione della comparsa della sostanza in tempi più ravvicinati. Nell'esecuzione dei numerosi esperimenti (oltre 100) su pazienti ricoverati nell'Istituto di Patologia Medica di Pavia, mi sono costantemente attenuto alle seguenti norme: il paziente è in riposo, orizzontale; si eseguisce un primo prelievo di sangue per confronto da una vena della piega del gomito, usando un ago apposito con mandrino esatto, ben paraffinato, che viene lasciato in sito per tutta la durata dell'esperienza, evitando con ciò contrattempi e manipolazioni moleste per il paziente. In seguito si inietta nel cellulare sottocutaneo un cmc. di Uranin Merk (soluzione sterile all'1 %), al terzo inferiore della faccia flessoria dell'avambraccio dello stesso lato; si fanno quindi prelievi di sangue 0',30'' 1', 2', 3', 5' dopo l'iniezione d'Uranina. Ogni prelievo di sangue (2 cmc.), raccolto in provetta da centrifuga, viene centrifugato in modo da ottenere la separazione del siero dal coagulo. I vari campioni vengono esaminati comparativamente ad occhio nudo ed a luce incidente, meglio se in camera oscura.

Questa osservazione permette sempre un facile apprezzamento della fluorescenza dell'Uranina e l'inizio della sua comparsa nel sangue. Col semplice esame diretto si può anche avere un criterio quantitativo relativamente esatto sulla entità della fluorescenza; non ho ritenuto di ricorrere al metodo proposto da Donath e Tanne, per misurare tale fluorescenza, poichè il metodo per ora non si può considerare rigorosamente preciso.

Da quanto ho potuto osservare nel corso degli esperimenti eseguiti su persone sane e su cardiopazienti, si può affermare: che la comparsa dell'Uranina in circolo durante la prova di Donath e Tanne nei normali oscilla fra 2' e 3' dall'iniezione nel sottocutaneo; che nei vizi della mitrale, sia in compenso che scompensati, questa comparsa subisce un notevole anticipo e precisamente si aggira tra 0'.30'' e 1'; che nell'insufficienza aortica in compenso i dati non si allontanano dai normali; che negli stadi di scompenso di questo vizio il riassorbimento è lento e ritardato e così la comparsa dell'Uranina nel sangue; che in un caso non potè essere affatto constatata durante tutta la durata della prova stessa, e cioè nemmeno dopo 5' dalla iniezione. Inoltre in un caso ho rilevato un anticipo notevole, come precoce rilievo coincidente col ripristinarsi delle condizioni normali di circolo.

Questi risultati da me ottenuti in varie condizioni sia fisiologiche che patologiche, non mostrano tuttavia una sempre netta e costante concordanza di risultati, come si rileva del resto anche dai casi di Elias e Goldstein, non essendo mancate le eccezioni. Nelle stesse condizioni circolatorie normali, infatti, alcune volte la comparsa della sostanza avviene con notevole anticipo sul tempo di media normale, a 2' o a 1' o anche a 0',30''. Non è pertanto possibile trarre conclusioni di valore generico in riferimento all'esito della prova nelle malattie di cuore, in ispecie in riferimento alle singole forme cliniche diverse.

Nell'intento di interpretare, se possibile, le modalità di queste differenti condizioni di riassorbimento e gli eventuali fattori che in esse possono interferire, ho intrapreso una serie di esperienze con sostanze varie, atte in teoria ad influenzare le locali condizioni circolatorie del riassorbimento.

Ho usato, come fattori chimici capaci di influenzare la locale permeabilità vasale in rapporto al passaggio del liquido dai tessuti al sangue:

preparati ormonici: estratti tiroidei, ipofisari, adrenalina;

sostanze farmacologiche varie ad attività vasodilatatrice o vasocostrittrice o linfagoga: istamina, acetilcolina, colina, morfina, atropina, peptone, efetonina, etere, gynergen, caffeina;

sostanze a tipo colloidale: caseal calcico, siero di cavallo, autosiero, aolan;

sostanze cristalloidi: urea, glucosio, soluzione ipertonica di NaCl;

soluzioni alcaline e acide: bicarbonato di sodio, acido acetico.

Ho eseguito queste ricerche in rapporto all'azione locale delle sostanze stesse, facendo prima semplicemente la prova di Donath e Tanne nelle condizioni usuali e il giorno dopo iniettando contemporaneamente all'Uranina nel sottocutaneo dell'avambraccio la sostanza da studiare e notando, come di consueto, il tempo di comparsa della sostanza colorante in circolo. A garantirmi dall'eventuale influenza della maggiore quantità di liquido così iniettata, ho eseguito un controllo usando anzichè un cmc. di soluzione di Uranina all'1 %, due cmc. al 0,50 %: la identità dei risultati nelle due prove, mi ha convinto che la massa di liquido iniettato non ha nessuna influenza in queste condizioni.

Dai risultati da me ottenuti per azione delle diverse sostanze ho notato:

1) Delle sostanze ormoniche, i preparati tiroidei hanno provocato un forte anticipo nella comparsa dell'Uranina con un apporto quantitativo anche notevolmente aumentato, maggiore per la Sevtiroidina che per la tiroxina Roche.

Gli ormoni ipofisari hanno provocato: quelli del lobo posteriore, ipofisina Hoechst (estratto totale) e Tonephin (frazione), un ritardo del passaggio dell'Uranina ed una sensibile diminuzione quantitativa; quelli del lobo anteriore (prolan) un anticipo ed un aumento quantitativo.

L'Adrenalina ha provocato ritardo e diminuzione quantitativa intensi. Interessa notare come una sostanza di azione e di uso adrenalinosimile, la efetonina, abbia invece provocato un anticipo della comparsa in circolo.

2) Delle sostanze ad azione vasodilatatrice, acetilcolina (Roche) e cloridrato di colina (Biocoline), hanno dato anticipo e aumento della sostanza colorante in circolo;

l'istamina ha indotto anticipo ed arricchimento di Uranina nel sangue veramente considerevoli;

la caffeina invece ha provocato la comparsa nel sangue in ritardo;

l'etere ha anticipato la comparsa dell'Uranina, senza apparenti modificazioni quantitative.

3) Delle sostanze ad azione vasocostrittrice, a parte quelle di tipo ormonico già indicate, il Gynergen ha provocato un lieve anticipo di comparsa ma una diminuzione della intensità.

4) Sostanze linfagoghe, quali morfina, atropina, peptone, hanno determinato comparsa di Uranina nel sangue anticipata ed in misura notevole.

5) Alcune sostanze colloidali usate (Caseal, Aolan, autosiero, siero di cavallo), hanno anticipato la comparsa dell'Uranina nel sangue, in linea di massima aumentandola quantitativamente, con azione più evidente da parte del siero di cavallo.

6) Alcune sostanze cristalloidi, quali urea e glucosio, hanno provocato invece ritardo di assorbimento.

7) Per quanto riguarda la concentrazione osmotica, la soluzione di Na-Cl ipertonica (3 %) ha prodotto un anticipo della comparsa della sostanza nel sangue e un aumento quantitativo di essa, mentre l'acqua distillata non ha portato nessuna modificazione.

8) Per il valore della reazione, il bicarbonato di sodio in soluzione 1 ‰ (pH = 9,5) ha provocato anticipo ed aumento;

l'acido acetico in soluzione all'1 ‰ (pH = 3) un netto ritardo ed una attenuazione del passaggio dell'Uranina nel sangue.

Considerazioni.

Sono, dunque, numerose le sostanze capaci di modificare, per aggiunta di esse alla soluzione di Uranina, la velocità e talvolta anche la misura del riassorbimento sottocutaneo. La influenza di esse si esplica evidentemente per azione locale e non certo a mezzo di quei meccanismi di azione generale, che sono riconosciuti dalla farmacologia a numerose delle sostanze impiegate. Questa constatazione però non stupisce, poichè accanto ad una attività di stimolo generale numerose di queste stesse sostanze possiedono ben nota attività di stimolo locale. Basti pensare, ad esempio, all'adrenalina ed alla istamina.

Queste ricerche dimostrano in linea generale quanto poteva teoricamente attendersi, che cioè, di massima, le sostanze ad azione vasocostrittrice provocano ritardo di riassorbimento e quelle ad azione vasodilatatrice acceleramento. Anche le sostanze così dette linfagoghe, ponfigene e pertanto aumentanti la permeabilità vasale, hanno accelerato il riassorbimento. Per eventuali incoerenze di com-

portamento, si dovrebbe forse ricercare nella composizione del veicolo, reazione, concentrazione salina, ed altre proprietà chimiche e fisiche, la ragione dell'azione svolta differentemente dal presupposto teorico. Che tali condizioni accessorie abbiano importanza, forse in qualche caso fino a modificare l'azione propria della sostanza contenuta che si intenderebbe saggiare, è dimostrato dalle intense modificazioni provocate dalla ipertonia del liquido e dalle intense variazioni della reazione. Per altro non si può nemmeno dare a questa considerazione un valore costante, poichè l'azione dell'istamina è stata di intensa accelerazione del riassorbimento ad onta della reazione intensamente acida (pH intorno a 4) della soluzione di istamina usata, ove si consideri invece che la soluzione all'1 ‰ di acido acetico (pH = 3) ha provocato un evidente effetto opposto.

Da queste prime ricerche risulta pertanto che i fattori capaci di influenzare il riassorbimento sottocutaneo dell'Uranina nella prova di Donath e Tanne sono numerosi e complessi, attinenti in parte alle proprietà chimiche e fisiche comuni dei liquidi usati, in parte alle proprietà farmacologiche strettamente caratteristiche delle sostanze. Una analisi particolarmente minuziosa ed analitica dei risultati ottenuti con liquidi a composizione tanto eterogenea, quali sono i preparati forniti dal commercio, non sarebbe per ora possibile per la disparità dei termini di confronto. Tuttavia queste ricerche possono ritenersi di orientamento per altre più sistematiche, in quanto il metodo si presta alla esplorazione delle modalità del riassorbimento sottocutaneo.

Secondo queste ricerche non si può nemmeno, per ora, tentare un avvicinamento alle modificazioni sperimentali provocate di quelle della prova di Donath e Tanne rilevate nelle affezioni del cuore. D'altra parte è necessario ancora stabilire il comportamento della prova in queste ultime su di una statistica clinica più ampia di quella sinora usata.

RIASSUNTO.

L'A. applica il procedimento proposto da Donath e Tanne allo studio delle modificazioni del riassorbimento sottocutaneo, provocate da sostanze varie usate localmente. Da questa prima serie di ricerche l'A. ricava che il procedimento consente l'apprezzamento dell'influenza esercitata da tali sostanze nel tempo, ora di favorire, ora di diminuire il riassorbimento nel sangue dell'uranina iniettata sottocute.

BIBLIOGRAFIA.

ALDRICH e MC. CLURE. Journ. of Amer. Med. Ass., 81, 1923.
BARBARO FORLEO. Policlinico, Sez. Med., XL, 1933.
DALE. Lancet, 1929, CCXVI, 5521.
DONATH e TANNE. Wien. Klin. Woch., 1925, 36.
ELIAS e GOLDSTEIN. Zeit. f. Klin. Med., 121, 1932.
RAVENNA. Lo Sperimentale, IV, 1930.
VILLA, *Ricambio idrico*. Vallardi, 1932.

NOTE E CONTRIBUTI

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
PADIGLIONE VIII
Primario: Prof. A. CARDUCCI.

Shock da calcio; terapia e profilassi.

Dott. M. MOSCHINI, assistente volontario.

Oggi la terapia calcica ha assunto proporzioni veramente cospicue, e le sue indicazioni si sono andate moltiplicando fino a potersi dire che è usata quasi in ogni branca della medicina.

Il calcio infatti è usato come antiedematigeno, recalcificante, antianafilattico ecc. ecc.

Naturalmente, come sono andati aumentando gli usi del calcio, è andato aumentando anche il numero di preparati che le case di prodotti medicinali mettono in commercio.

Questi numerosi preparati vengono introdotti nell'organismo attraverso le più diverse vie: orale, intramuscolare, endovenosa.

Mi occuperò solamente della via endovenosa, trattando brevemente dei disturbi che si possono avere per l'introduzione per questa via dei sali di calcio, della terapia e della profilassi dei disturbi stessi.

Il Prof. F. Frattini, in un suo lavoro dal titolo « Considerazioni critiche sulla terapia calcica » apparso sul n. 4 del 1933 della *Rassegna Clinico-Scientifica dell'I. B. I.* scriveva: « Per quanto restii si sia a pubblicare insuccessi si ode ogni poco qualche voce che consiglia prudenza nell'iniettare Ca nelle vene. C'è chi crede che in alcuni tisici abbia contribuito a produrre emottisi (Campani), chi ha osservato esagerati i soliti sintomi dell'iniezione: nausea, vomito, vertigine, grande prostrazione, febbre e peggioramento (Rabino).

« Non voglio sopravalutare questi inconvenienti ma solo fare osservare come talora la cura possa nuocere ».

A me personalmente è occorso di notare fenomeni di intolleranza per il calcio, e preci-

samente per le soluzioni di gluconato di calcio iniettato per via endovenosa.

Riferirò brevemente uno dei casi occorsimi.

Il paziente era affetto da apicite D. ed avevo iniziato una cura calcica endovenosa con soluzioni di gluconato di calcio al 10 %; ciascuna iniezione era di 10 cc. di soluzione, e le iniezioni venivano praticate a giorni alterni.

Praticai le prime due iniezioni e non ebbi a lamentare alcun disturbo, la terza iniezione fu invece seguita, circa sei ore dopo l'introduzione, da un complesso di fenomeni che potremo chiamare « Shock Calcico ».

Il paziente cominciò ad avvertire intensi brividi di freddo, nausee, ebbe conati di vomito e a questa sintomatologia durata circa tre quarti d'ora, seguì una grande prostrazione e grave astenia. La temperatura era di 36°,2.

Il paziente riferì i disturbi suddetti a disturbi digestivi e il giorno seguente riprese le sue normali occupazioni.

Il giorno seguente però, senza che fosse stata praticata alcun'iniezione, a 24 ore di distanza dal precedente shock si ripresentarono i medesimi disturbi, sebbene in forma più attenuata.

Conosciuti i disturbi avuti dal mio paziente e non riferendoli al calcio, praticai la quarta iniezione.

Anche questa volta si presentò lo shock a sei ore di distanza circa dall'iniezione.

Chiamato dal paziente che si era alquanto allarmato, praticai un'iniezione di adrenalina e i disturbi cessarono dopo pochi minuti, a distanza di un'ora feci praticare un'altra iniezione questa volta di canfora, e il paziente non ebbe più a lagnarsi di nulla.

La quinta iniezione allora la praticai, invece che di soluzione pura di gluconato di calcio, con aggiunta di adrenalina. Questa volta l'iniezione non fu seguita da alcun disturbo.

Continuai perciò la cura con queste iniezioni con aggiunta di adrenalina fino alla 12ª iniezione senza inconvenienti.

La 12ª iniezione la praticai iniettando 10 cc. di soluzione al 10 % di gluconato di calcio puro senza aggiunta di adrenalina, avendo cura di usare il prodotto di un'altra casa, per osservare se si fossero ripresentati i disturbi da shock calcico e se essi fossero effettivamente dovuti al gluconato.

La sera stessa dell'iniezione, sempre a circa sei ore di distanza si ebbe lo shock; il paziente era stato da me prevenuto e si fece immediatamente praticare un'iniezione di canfora e i disturbi scomparvero. I disturbi quindi erano effettivamente dovuti al gluconato e il loro complesso rappresentava senza dubbio lo shock calcico.

Terminai la serie delle iniezioni aggiungendo sempre dell'adrenalina e non ebbi più ad osservare lo shock.

In un altro caso in cui dopo iniezioni di calcio si presentò lo shock, trattandosi di un paziente emoftoico attuai la terapia dello shock calcico con sole iniezioni di olio canforato, ed ebbi eccellenti risultati.

La cura poi la proseguii, sempre per via endovenosa, con composti di calcio in cui vi fosse anche della canfora, e non ebbi più a lamentare alcun inconveniente.

Consigliai di comportarsi in questo modo anche un mio collega che aveva avuto occasione di osservare l'insorgenza dello shock calcico in due pazienti a cui praticava una cura endovenosa di sali di calcio.

Anche il mio collega riuscì a troncare lo shock, in un caso con iniezioni di adrenalina e nell'altro con iniezioni di canfora.

Il seguito della cura fu anche dal mio collega attuato con preparati di calcio e canfora e non ebbe a lamentare alcun altro inconveniente.

* * *

Non vi è alcun dubbio che i disturbi che ho surriferiti, comparsi durante una cura calcica praticata per via endovenosa, siano da riferirsi al calcio.

In tutti i casi lo shock calcico si è presentato con una netta sintomatologia consistente in: brividi intensi, nausee e vomito, profonda astenia; è quindi logico inquadrare lo shock stesso in questa triade e quando essa compaia in corso di cura calcica diagnosticare « Shock Calcico » purchè non vi siano ragioni per porre altra diagnosi.

Stabilita così la sintomatologia dello shock calcico, accennerò brevemente alle diverse ipotesi sulla patogenesi dello shock stesso.

Il Gilardoni (*Atti e Memorie della Società Lombarda di Medicina*, 10 marzo 1933) pensa che la causa delle ipertermie e dei brividi, susseguenti alle iniezioni di gluconato di calcio, sia la presenza di acido gluconico; il fatto che iniettando adrenalina si riesce a troncare lo shock potrebbe far pensare ad un'insuffienza delle capsule surrenali, ma poichè la canfora ha avuto lo stesso effetto, nei casi da me sopraripportati, credo che non possa a priori ammettersi una simile ipotesi.

Si potrebbe anche pensare ad una variazione del ph od anche riferire lo shock calcico a modificazioni del contenuto del Ca negli organi e nel sangue.

Poichè in tutti i casi citati lo shock è comparso circa tre ore dopo il pasto si potrebbe

pensare, che, qualunque sia la causa dello shock calcico, il momento scatenante sia stata la digestione.

Ad ogni modo in questo campo della etiopatogenesi nulla ancora si può dire di preciso, forse ulteriori indagini porteranno luce completa su questi complessi fenomeni.

In quanto alla terapia dello shock calcico consiglierei di iniettare adrenalina al primo accenno dei disturbi che caratterizzano lo shock stesso, se però il paziente fosse emoftoico, l'adrenalina va senz'altro sostituita da preparati di canfora sempre per iniezioni che si possono ripetere, per essere tranquilli, anche a distanza di un'ora fino a tre.

Ma poichè queste manifestazioni morbose non apportano certamente giovamento ai malati, è bene, se si può, prevenirle.

Il Gilardoni già citato, consiglia di usare la tecnica della iniezione « subentrante » come egli la chiama, e ne vanta buoni risultati. Questa tecnica consisterebbe nell'iniettare ogni cc. di soluzione alla distanza di un minuto dal precedente.

Usando il metodo proposto dal Gilardoni, quando si facesse una terapia calcica intensiva, iniettando cioè ogni volta 10 cc. di soluzione nelle vene, bisognerebbe o rimanere coll'ago nella vena per 10 minuti, o pungere per ben 10 volte la vena del paziente per praticare una sola iniezione.

Mi sembra che il metodo sia un poco fastidioso, per non dire altro, per il medico e per il paziente e tale da non poter entrare nella pratica corrente, e i primi a rifiutarsi di sottoporsi a queste iniezioni subentranti, sarebbero i pazienti stessi, a cui nella maggioranza fa già tanto impressione doversi « far bucare le vene » come essi dicono, una volta sola per seduta.

D'altra parte poichè è possibile, in base a quanto ho potuto constatare e che ho sopra esposto, ovviare agli inconvenienti dello shock calcico prevenendoli, usando preparati in cui vi sia aggiunta di adrenalina o canfora, secondo i casi, mi sembra perfettamente inutile ricorrere a mezzi complicati e noiosi per il medico e per il paziente.

RIASSUNTO.

L'A. tratta brevemente dei disturbi che si possono avere durante una cura calcica endovenosa, stabilendo la sintomatologia dello shock calcico.

Indica la terapia e la profilassi dello shock stesso, sulla base di risultati ottenuti personalmente e da colleghi a cui ha consigliato di attuare la stessa terapia e profilassi.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DI TRIESTE
SEZIONE NEUROLOGICA.

Neuralgia intercostale sintomatica di ulcera gastrica e duodenale

per il dott. G. SAI, direttore e libero docente.

Nel corso degli ultimi anni si sono presentati al nostro Dispensario per esame tre ammalati sofferenti da lungo tempo per « neuralgia intercostale », in cui l'esame minuzioso e l'ulteriore decorso dimostrarono che la sindrome algica era dovuta ad ulcera dello stomaco o del duodeno. In uno dei tre casi i disturbi dispeptici erano stati così insignificanti da non richiamare mai — per la durata di ben 28 anni — l'attenzione della malata, intelligente e sveglia, nè quella dei vari medici che nel corso degli anni la avevano curata, sugli organi digestivi; gli altri due casi avevano presentato bensì un'anamnesi sospetta di affezione gastrica, ma per la negatività dell'esame radiologico e chimico, e la preminenza dei dolori intercostali in una determinata epoca la diagnosi di neuralgia, radicolite o spondilartrite con dolori intercostali, era apparsa giustificata.

Ritengo perciò non priva di utilità pratica la pubblicazione della presente nota.

P. A., d'anni 37 (19 marzo 1930). Impiegato. A 20 anni tifoide. A 21 anno bruciori allo stomaco dopo l'ingestione di patate, scomparsi colla soppressione di quell'alimento. A 28 anni deperimento fisico; ebbe qualche volta vomito senza dolori; esame del succo gastrico e reperto radiologico dello stomaco negativi; guarì prendendo dei ricostituenti. A 31 anni eruttazioni con conati di vomito scomparse in capo a qualche mese con una cura neurotonica. Moderato fumatore. Non ebbe sifilide.

A 35 anni (1928) si presentarono per tre mesi dei dolori « terribili » al tratto medio della colonna dorsale, e più precisamente nei tratti paravertebrali con irradiazione lungo gli spazi intercostali agli ipocondri e propagazione fino alla regione epigastrica. Nel settembre 1929 i dolori ebbero una brusca ripresa; l'ammalato deperì ed ebbe alle volte all'acme delle crisi dolorose, nausea e conati di vomito; tuttavia egli non pensò affatto alla possibilità di una malattia gastrica perchè la digestione funzionava in modo ineccepibile e non vi era alcun rapporto tra i pasti ed i dolori intercostali. Il decubito dorsale faceva sparire i dolori in capo ad 1/4 d'ora, mentre la stazione eretta e più ancora l'incesso li riprovocavano; nella posizione seduta doveva istintivamente curvarsi in avanti per trovare un sollievo. Decorso afebbrile.

Si fece accogliere per un mese (dicembre 1929) in un reparto medico ospedaliero, dove si constatò all'esame Röntgen: « stomaco ptosico; duodeno normale ». All'addome non si trovarono punti dolenti nè resistenze. Al sondaggio gastrico: HCl 13;

acidità totale 46 ». Il malato, dimesso colla diagnosi di radicolite, fece una serie di cure a base di antiartritici e ricostituenti senza alcun successo.

Si presentò da noi nel marzo 1930, dopo mesi di intensi dolori intercostali bilaterali. I dolori avevano posteriormente al tronco il carattere di « attanagliamento », anteriormente quello di « bruciori »; i colpi di tosse non li aumentavano.

Esame oggettivo: Soggetto di complessione scheletrica gracile; pallido. Nulla di particolare ai nervi cranici ed alle estremità. Addome trattabile, libero; riflessi addominali pronti. Orina negativa. Le apofisi spinose della IV-VII dorsale un po' dolenti alla pressione; nei territori d'innervazione corrispondenti ai detti segmenti vi era una lievissima diminuzione della sensibilità superficiale a tutte le qualità. Esame Röntgen della colonna normale.

10 aprile 1930: Ebbe durante una breve licenza un periodo di tregua assoluta dei dolori. Ritornato in residenza i dolori ripresero, accentuandosi maggiormente lungo gli spazi intercostali di destra ed arrivando fino alla regione ombelicale, sicchè provava fastidio a tener allacciati i calzoni. Alle volte un senso di calore molesto saliva dalla regione dorsale del rachide fino alla nuca. All'esame oggettivo non si riscontrò più alcuna alterazione della sensibilità al tronco; permaneva invece la dolorabilità alla pressione (non alla compressione dall'alto) delle vertebre D_4-D_7.

Si pensava all'opportunità di una puntura lombare e ad un'esplorazione lipiodolica del canale rachidiano sospettando un processo alle radici dorsali medie, quando un riesame Röntgen dello stomaco, praticato nel maggio 1930, portò alla scoperta di una nicchia alla piccola curvatura (dott. D'Agnolo).

24 giugno 1930. Operato dal prof. Oliani di resezione gastro-duodenale Billroth II per grande ulcera callosa della piccola curvatura.

Dicembre 1930. Benessere assoluto dopo l'operazione; aumento in capo a pochi mesi di 10 Kg.

Luglio 1931. Non ha più dolori, ma digestione difficile e pesantezza allo stomaco.

Gennaio 1932. Benessere.

Maggio 1933. Benessere assoluto.

R. A., d'anni 38 (18 giugno 1932). Casalinga. Viene inviata dal medico di casa per dolori neuralgici intercostali. La signora aveva presentato nel corso degli ultimi anni spesso lievi rialzi termici (37°,3). Mestrui regolari. Stipsi.

Negli ultimi tre anni soffriva spesso per settimane e mesi (con intervalli liberi) di dolori al tratto superiore medio della colonna dorsale estendentisi fino alla scapola sinistra; i dolori erano « superficiali » « come un rosicchiamento »; il decubito dorsale li faceva sparire del tutto ed anche l'ingestione di cibi spesso li annullava.

All'acme degli accessi dolorosi la malata aveva spesso eruttazioni d'aria. Nessun altro disturbo digestivo.

Appetito buono; mai dolori nè bruciori allo stomaco.

Esame Röntgen dello stomaco alcuni mesi addietro: negativo.

Esame oggettivo: Pallida; stato di nutrizione discreto.

Nervi cranici ed arti in condizioni perfettamente regolari. R. W. negativa. Orine negative. Ventre trattabile; riflessi addominali pronti. Sensibilità al tronco integra.

All'esame Röntgen (prof. Pincherle): Piccole produzioni osteofitiche ai margini anteriori di varie vertebre dorsali. Stomaco normale; piloro pervio; il bulbo duodenale si inietta rapidamente lasciando intravvedere alla parete posteriore un'incisura semilunare da nicchia poco profonda, costante in 8 radiografie. Svuotamento gastrico in tempo normale. Progressione nell'intestino normale. Diagnosi: « Ulcera duodenale ».

20 giugno 1932. Il prof. Mann riscontrò iperclorìdria e confermò la diagnosi del radiologo; istituendo un trattamento corrispondente si ottenne la scomparsa dei dolori alla schiena che inizialmente si erano attribuiti, a torto, alla lievissima spondilartrosi.

Luglio 1933. La malata accusa bruciori e lievi dolori allo stomaco se non sta a regime dietetico conveniente.

G. V., d'anni 43 (26 aprile 1932). Vedova, casalina, con 2 figli. Dall'età di 15 anni dolori trafittivi all'emitorace sinistro per settimane e mesi, con lunghi intervalli di benessere, della durata di un anno e più. Negli ultimi 7 mesi i dolori sono quasi continui e di tali intensità da toglierle il sonno; « come se si affettasse del prosciutto »; si iniziano alla regione sottomammellare sinistra, ed irradiano seguendo il decorso delle costole sinistre, a fascia, fino alla colonna vertebrale, estendendosi anche al bordo interno della scapola; quando raggiungono un'intensità maggiore passano alla regione corrispondente del lato destro. I dolori non stanno in alcun rapporto colle ore dei pasti o col genere d'alimentazione. Si sente molto nervosa per il continuo tormento dei dolori. È deperita di 18 Kg. nell'ultimo semestre, ed un nodo le serra la gola togliendole l'appetito. Stipsi. Non accusa altri disturbi digestivi. Decorso afebbrile.

La malata era stata visitata nel corso di 28 anni da una serie di medici che la curarono per neuralgia intercostale, reumatismo, artrite, con vari antineuralgici, antigottosi, revulsivi, ecc., senza alcun effetto sulla sindrome algica.

Esame oggettivo: Gracile, pallida, denutrita, astenica. Nervi cranici integri. Condizioni agli arti regolari (motilità, sensibilità, riflessi, ecc.).

Ventre floscio, trattabile, con riflessi addominali incerti. Tiroide normale.

Toni del cuore cupi; polso 100, poco valido.

Colonna flessibile, non dolente alla percussione, mentre la compressione dall'alto risveglia una modica dolenzia al tratto dorsale superiore. Radiografia della colonna normale. Non vi sono punti dolenti lungo gli spazi intercostali; ma la cute alla regione dolente è ipersensibile ai tocchi ed alle punture.

R. W. negativa. Orine negative.

5 maggio 1932. Perdurando i dolori lungo il territorio di distribuzione della IV alla VII radice dorsale sinistra, si pratica una puntura lombare, con esito completamente normale. Queckenstedt negativo. Nissl 0,025 %; Pandy negativo; Mastice negativo; rari linfociti. R. W. 0,2-1,0 negativa. Attualmente la sensibilità al tronco ovunque integra per tutte le qualità; scomparsa l'iperestesia.

22 maggio 1932. Vari antineuralgici non recano alcun sollievo. Iniezioni di cacodilato di sodio migliorano le condizioni generali, determinando un aumento di peso di 4 Kg.

15 giugno 1932. Irradiazioni curative Röntgen sui segmenti midollari D_4 - D_7 risultano inefficaci;

l'ammalata è continuamente tormentata dai dolori all'emitorace sinistro.

25 giugno 1932. Ricordando i due casi precedenti si invia la malata al radiologo prof. Pincherle per un esame dello stomaco, sebbene l'ammalata non accusasse alcun disturbo riferibile direttamente a quel viscere. Con grande sorpresa si trova « una grande nicchia da ulcera penetrante al terzo medio della piccola curvatura; ptosi del polo inferiore ».

5 luglio 1932. Il prof. Mann riscontra l'addome leggermente dolente alla regione epigastrica, dopo che l'attenzione della malata era stata ormai richiamata sullo stomaco. Al pasto di Ewald HCl libero negativo; HCl comb. 12; ac. totale 45. Feci per benzidina negative.

Il Mann fece praticare delle iniezioni endovenose di benzoato di sodio, ottenendo la scomparsa dei dolori ed aumento di peso; permanendo però inalterato il quadro radiografico, egli consigliò l'intervento chirurgico.

22 agosto 1932. Operata dal prof. Oliani per ulcera gastrica; resezione gastrica Billroth II - Haberer.

4 ottobre 1932. Benessere; ulteriore aumento di peso.

10 novembre 1932. Completamente liberata dei dolori, tranne un « lieve senso di stretta », transitorio, alla regione dello spazio di Traube.

1° giugno 1933. Si sente « rinata » dopo l'intervento chirurgico. Unicamente quando si agita prova dei lievi dolori all'inserzione diaframmatica a sinistra della linea mediana, che cedono rapidamente in capo a poche ore.

7 luglio 1933. Benessere.

Riassumendo. — In due casi di ulcera della piccola curvatura accertata al tavolo operatorio si ebbero: nel primo dolori al tratto medio della colonna dorsale, specialmente nella regione paravertebrale con irradizione lungo gli spazi intercostali, agli ipocondri ed alla regione epigastrica (D_6-D_8) con transitoria lievissima riduzione della sensibilità superficiale nel territorio dolente, nel secondo come sintoma predominante, e quasi unico, dolori alla regione sottomammellare sinistra irradianti a fascia fino alla colonna vertebrale. montanti al bordo interno della scapola ed irradianti all'acme alle regioni simetriche di destra (quindi radici D_4-D_7) con transitoria iperestesia nel territorio dolente.

L'operazione portò nei due casi alla scomparsa dei dolori. Nella terza malata in cui all'esame radiologico era stata posta la diagnosi di ulcera duodenale, sussisteva come sintoma assolutamente predominante un dolore al tratto medio della colonna dorsale che si estendeva fino alla scapola sinistra.

Nel 1° e 3° caso il decubito dorsale faceva scomparire il dolore, i colpi di tosse non lo aumentavano. In due casi la colonna vertebrale era dolente nella zona algica e precisamente nel primo alla percussione delle apofisi spinose, nel 3° caso alla compressione dall'alto. Il dolore aveva sede superficiale, alla cute; era avvertito come bruciore, rosicchiamento, attanagliamento, come se si affettasse del prosciutto. L'indipendenza dalle ore dei pasti e la mancanza di fenomeni nettamente dispeptici non indussero gli ammalati, e nel terzo caso neppure un notevole numero di medici curanti, a pensare alla possibilità di una lesione gastrica. Nella presunzione di una lesione alle radici spinali si era anzi praticata la puntura lombare e si era istituito un trattamento curativo Röntgen sui corrispondenti segmenti midollari, con esito pienamente negativo. A sviare la diagnosi verso una neuralgia intercostale sintomatica da spondilosi si notarono nel 2° caso delle piccole produzioni osteofitiche alle vertebre dorsali.

Tuttavia una scrupolosa e minuziosa esplorazione anamnestica dei malati avrebbe messo in evidenza nei singoli casi or l'uno. or l'altro fatto per lo meno sospetto, di ulcera gastrica; p. e. il vomito, per quanto rarissimo, o eruttazioni all'acme di crisi particolarmente violente; la sedazione dei dolori (in un caso) dopo l'ingestione di cibi; il bisogno di curvarsi in avanti per trovare qualche sollievo nelle crisi dolorose (in un altro caso). Merita speciale menzione il fatto che nei due casi, in cui si era pensato precedentemente alla possibilità di una lesione gastrica, il reperto radiologico e chimico era riuscito negativo; mentre più tardi l'esame Röntgen dimostrò in modo inequivocabile la presenza di un'ulcera della piccola curvatura, rispettivamente al duodeno.

In un recente lavoro dedicato alle forme dolorose atipiche dell'ulcera gastro-duodenale Bouchut e Froment (1) riportano tre casi in cui il classico punto doloroso di Cruveilhier posto tra D_7 e L_2 sulle apofisi spinose o lateralmente, costituiva il sintomo dominante o pressochè unico di un'ulcera gastrica. Nel primo caso i dolori per lo più notturni, avevano inizio alla regione lombare (« ai reni ») ed irradiavano a cintura alla base del torace verso l'epigastrio e l'addome; per cui fu fatta in base al reperto Röntgen la diagnosi di lombaggine da periartrite vertebrale (come nel nostro 2° caso). Dopo due anni si dovette operare l'ammalato di urgenza per ulcera callosa perforata alla regione pilorica.

Il secondo caso riguardava un medico sofferente da 4 anni per dolori tra la X e XII vertebra dorsale, il quale dopo aver subìto una se-

(1) Archives des Maladies de l'appareil digéstif, 1932, pag. 353.

rie di esami, fu immobilizzato per due mesi a letto per presunto male di Pott; l'andamento periodico, ciclico dei dolori vertebrali che si presentavano regolarmente alle stesse ore e cessavano al momento dei pasti fece alfine sospettare ai due colleghi l'esistenza di una lesione gastrica per la quale mancava fino allora ogni altro indizio; si riscontrò difatti una nicchia alla piccola curvatura. Il terzo malato si lagnava di violenti dolori, specialmente alla notte, alla regione dorsale bassa irradiantisi a cintura alla base del torace fino all'epigastrio e montanti alle volte lungo lo sterno, senza relazione colle ore dei pasti e senza alcun disturbo digestivo; forti dell'esperienza dei due casi precedenti i due colleghi praticarono un esame dello stomaco e constatarono allo schermo una ipercinesia gastrica con evacuazione accelerata, ed all'esame chimico un'ipersecrezione acida a digiuno. La medicazione alcalina fece cessare i fatti dolorosi. Dopo aver accennato a qualche caso di ulcera gastrica presentatosi sotto le mentite spoglie di angina di petto o di appendicite, gli autori francesi affermano essere dovere del medico di pensare alla possibilità di un'ulcera gastrica in presenza di fenomeni dolorosi atipici a sede diversa dall'epigastrio, anche quando l'ammalato non richiami l'attenzione del medico sullo stomaco per assenza di fenomeni digestivi.

Un autore tedesco, il Weiss (2), citando alcuni casi di ulcera gastrica o duodenale che si accompagnavano a disturbi soggettivi affatto caratteristici, riferisce quello di una donna sofferente da tre anni per dolori bilaterali alle arcate costali ed alla regione ombelicale (D_6-D_9), irradianti al petto ed alle scapole; al fine all'esame Röntgen si scoprì una nicchia alla piccola curvatura.

Recentemente Puglisi-Allegra (3) descrisse quale segno semeiologico patognomonico dell'ulcera gastrica e duodenale una dolorabilità spiccata alla pressione sull'arcata costale in una piccola zona, situata sulla papillare destra in caso di ulcera duodenale, sulla parasternale destra nell'ulcera pilorica e sulla parasternale sinistra nell'ulcera della piccola curvatura, ravvisando in questa localizzazione una riprova dell'innervazione sensitiva metamerica dello stomaco sulla quale aveva insistito, in base a vaste esperienze chirurgiche e sperimentali personali, il Pieri (4). Questi stabilì il seguente schema d'innervazione sensitiva metamerica dello stomaco:

D_4 per la parte cardiaca del corpo dello stomaco;

D_5 per due terzi inferiori del corpo;

D_{6-7} per l'antro ed il piloro;

D_8 per il piloro e bulbo duodenale.

Alla lettura del lavoro di Puglisi-Allegra il pensiero ricorre ai punti massimali di Head che per lo stomaco vanno ricercati nelle zone cutanee segmentarie da D_6-D_9. Due dei punti massimali di Head si coprono difatti colle zone di Puglisi-Allegra e precisamente il punto massimale anteriore D_7 che corrisponde alla zona sulla parasternale sinistra e quello anteriore di D_8 corrispondente alla zona sulla parasternale destra di Puglisi-Allegra.

Accomunando i miei ammalati a quelli dei due autori francesi e del Weiss troviamo 4 casi di ulcera della piccola curvatura colla seguente sintomatologia dolorosa: 1) territorio delle radici D_4-D_7 a sinistra, irradianti all'acme verso destra; 2) territorio delle radici D_6-D_8 bilaterali; 3) dolore localizzato alla X-XII vertebra dorsale (radici D_8-D_9); 4) territorio delle radici D_6-D_9 bilaterali irradianti alle scapole ed al petto. In un'ulcera della regione pilorica si ebbero dolori irradianti in corrispondenza alle radici D_8-D_9 bilaterali. In un'ulcera duodenale i dolori si estendevano dal tratto medio della colonna dorsale alla scapola sinistra. In un'ulcera a sede non precisabile i dolori risiedevano nel territorio delle radici D_6-D_8 bilateralmente.

In base a dati statistici così limitati non si possono certamente trarre deduzioni d'ordine generale, fuorchè quella che la proiezione parietale del dolore avveniva bensì nei dermatomi corrispondenti globalmente allo stomaco, ma che non sussisteva una stretta dipendenza tra la sede dell'ulcera e la localizazzione dei dolori cutanei.

L'irradiazione cutanea di un dolore che ha la sua origine in una lesione viscerale si spiega comunemente coll'ipotesi del riflesso viscerosensitivo (Mackenzie), per cui le fibre afferenti del sistema vegetativo, entrando in connessione coi gangli spinali o con le corna posteriori dello stesso segmento midollare, agirebbero in particolari condizioni sui nervi cerebrospinali, stimolandoli e provocando quindi dolori ed iperestesia in territori cutanei, che spesso si coprono con le zone iperalgesiche di Head. Arriva dunque alla corteccia per via cerebrospinale un'impressione dolorosa in corrispondenza alla proiezione cutanea delle radici spinali sti-

---

(2) Münch. Med. Woch., 1931, pag. 366.
(3) Policlinico, 1933, pag. 1043.
(4) Rif. Med., 1930, n. 28.

molate attraverso le vie afferenti viscerali sensitive. Il termine di « riflesso viscero-sensitivo » usato dal Mackenzie è per il Danielopolù (5) ed altri improprio, giacchè non si dovrebbe parlare di riflesso dove manchi una via centrifuga.

Per spiegare il meccanismo dell'irradiazione cutanea di sensazioni dolorose a partenza dagli organi viscerali, Sfameni e Lunedei (6), nonchè il Davis (7), presupposero che le sensazioni viscerali determinassero in via riflessa un'azione efferente sulla cute dando adito alla formazione di particolari prodotti del ricambio che a loro volta provocherebbero sensazioni dolorose eccitando le fibre sensitive del sistema di relazione.

Foerster (8) invece ritiene che non si tratti unicamente di irradiazione cutanea del dolore viscerale (che spesso non esiste affatto come nei casi nostri), ma bensì di un'erronea proiezione dello stimolo dolorifico sul territorio cutaneo (dermatoma) corrispondente al viscere leso. La lesione organico-viscerale stimola il segmento midollare nel tratto delle corna posteriori e la irritazione si trasmette alla corteccia; ma essendo il sistema viscerale afferente scarsamente dotato di segni localizzatori, la corteccia riproietta la stimolazione verso la periferia somatica dalla quale le sogliono arrivare usualmente gli stimoli dolorifici.

Dovendo ora applicare questi concetti d'ordine generale al caso particolare delle irradiazioni dolorose cutanee nell'ulcera gastrica e duodenale, dobbiamo soffermarci anzitutto sull'innervazione dello stomaco.

All'innervazione di questo viscere provvedono:

1) Il grande splancnico che originando dal VI-IX ganglio della catena del simpatico laterovertebrale (in relazione attraverso i rami comunicanti con gli stessi segmenti midollari) ha la sinapsi ai gangli celiaci (plesso solare). Le fibre simpatiche procedono in gran parte lungo le arterie, quale plesso gastrico superiore ed inferiore, arrivano allo stomaco e si esauriscono nelle pareti del viscere in connessione coll'innervazione gastrica intrinseca. Vi sono però delle fibre simpatiche gastriche sensitive che non passano attraverso lo splancnico, ma che salgono lungo l'aorta nel plesso aortico per entrare in connessione con i gangli toracali alti della catena del simpatico. D'altronde decorrono nello splancnico secondo gli studi recentissimi del Ken Kuré (9), anche fibre parasimpatiche di origine midollare, che sortono dal midollo attraverso le radici posteriori (« parasimpatico spinale »).

2) Il pneumogastrico addominale coi rami collaterali autonomi (nervo gastro-epatico anteriore; n. gastrico intermedio; rami gastrici posteriori) e con le sue connessioni attraverso il ganglio semilunare.

3) Il nervo frenico che entra in contatto attraverso il ramo frenico-addominale coi rami simpatici del plesso celiaco.

4) Le cellule di tipo vegetativo situate nella parete dello stomaco (plessi di Meissner e di Auerbach), che — sia detto per incidenza — lo Stöhr jun. trovò grandemente alterate in stomachi resecati per ulcera cronica.

5) Vi sono poi delle vie nervose superiori per la regolazione del funzionamento dello stomaco; p. e. il centro del vomito, i centri vegetativi alla base del terzo ventricolo, la corteccia (il pasto psichico di Pawlow!). Di recente si sono volute anzi stabilire delle relazioni di causa ad effetto tra lesioni cerebrali spec, interessanti i centri vegetativi situati intorno al terzo ventricolo e l'ulcera gastrica, valendosi specialmente delle esperienze neurochirurgiche e degli studi sperimentali del Cushing.

Forti di queste nozioni, possiamo ora spiegarci il dolore irradiato intercostale cutaneo nell'ulcera gastro-duodenale, seguendo il decorso delle vie nervose gastriche centripete. Queste si dividono sostanzialmente in due gruppi: il gruppo ascendente (vago, frenico, le poche fibre simpatiche montanti nel plesso aortico) ed il gruppo laterale che segue lo splancnico mettendo in rapporto lo stomaco con i segmenti midollari D_6-D_9 secondo l'opinione della maggioranza degli autori, con i segmenti D_4-D_8 secondo le ricerche del Pieri. Nei singoli segmenti avviene la connessione con le rispettive radici spinali conducenti la sensibilità somatica. E noi vediamo difatti nei casi surriferiti il dolore viscerale trasformarsi in dolore somatico (passaggio dalla vita vegetativa alla vita di relazione) in corrispondenza degli stessi dermatomi (D_4-D_9), ma senza una localizzazione sicura e precisa, nè di lato nè di altezza che ci autorizzasse nel singolo caso a stabilire la sede dell'ulcera in rapporto ad un'esatta pro-

(5) *Le système nerveux de la vie végétative.* Doin, 1932.

(6) LUNEDEI - GIANNONI. *Il dolore viscerale.* Cappelli, 1929.

(7) Zeitschr. f. die ges. Neur., 146, pag. 74.

(8) *Die Leitungsbahnen des Schmerzgefühls.* Urban e Schwarzenberg, 1927.

(9) *Ueber den Spinalparasympathikus.* Schwabe, 1931.

iezione metamerica parietale, come ce lo farebbe sperare l'innervazione sensitiva metamerica dello stomaco e le constatazioni di Puglisi-Allegra che notò una netta interdipendenza tra la zona di dolorabilità spiccata all'arcata costale e la sede dell'ulcera. È del resto facilmente comprensibile come nell'ulcera gastrica, per le frequenti complicanze (perigastriti, ecc.), il dolore irradiato alla cute non abbia a ripercuotersi sempre con esattezza ai dermatomi cutanei corrispondenti alla sede della lesione gastrica.

Noi non abbiamo tentato di bloccare nei nostri casi il dolore neuralgico intercostale col procedimento istituito dal Lemaire che riuscì a sedare dolori viscerali iniettando novocaina nella zona cutanea corrispondente, documentando così l'azione reciproca esistente tra visceri e cute.

Va ricordato a questo proposito l'osservazione del Foerster che vide riaccendersi i dolori gastrici in un soggetto affetto da vecchia ulcera allo stomaco ogni qualvolta gli si sviluppava un foruncolo nel VII o VIII dermatoma toracale. Non è qui il caso di soffermarsi sulle varie ipotesi messe in campo per spiegare il fenomeno di Lemaire, di così alto significato dottrinale. Sta il fatto che il blocco del dermatoma fa cessare per qualche tempo non solo il dolore parietale cutaneo irradiato, ma anche il dolore al viscere stesso (p. es., in casi di ulcera gastrica) per interruzione, (si disse), dell'arco riflesso viscero-sensitivo del Mackenzie. Lunedei e Giannoni trattarono l'argomento nel succitato lavoro con grande competenza. Accennerò a questo proposito solamente all'ipotesi avanzata dal Lugaro (10), per il quale alla genesi del dolore concorrono sempre fenomeni di addizione di stimoli; l'iniezione novocainica sopprime i normali stimoli periferici e riducendo così il contributo fisiologico alla stimolazione dei centri nervosi, fa scomparire il dolore.

L'irradiazione parietale cutanea agli spazi intercostali da ulcera gastrica avviene dunque attraverso le vie afferenti sensitive laterali del simpatico. Le vie afferenti sensitive ascendenti del vago (che per il Foerster trasmette al sistema nervoso centrale il caratteristico senso di nausea e non già le sensazioni dolorifiche che passano, pur tenendo conto di eventuali variazioni individuali, quasi totalmente per il simpatico) e quelle del frenico, dànno invece secondo gli studi del Head, un'irradiazione cutanea ben più alta. Le fibre sensitive viscerali del frenico e del vago entrando in contatto negli alti segmenti cervicali colla sostanza grigia delle corna posteriori (C_2-C_4) ed oltre il Nucleus fasciculi solitari del midollo allungato coi nuclei del trigemino, dànno adito all'insorgenza di zone iperalgesiche al volto, alla nuca, alle spalle (zone di Head), quando un processo patologico mantiene il viscere in uno stato irritativo permanente. Forse va interpretato in questo senso il « calore molesto » che uno dei nostri malati si sentiva salire dalla regione dorsale del rachide fino alla nuca. Ma non ci fu dato di riscontrare in alcuno dei casi nostri la classica zona di Head alta, di origine vagale o frenica. Le fibre sensitive ascendenti del simpatico che si inerpicano lungo il plesso aortico, venendo in contatto con i segmenti toracali alti, spiegano forse i dolori irradianti allo sterno, alle scapole e gli attacchi di pseudoangor sintomatici alle volte di ulcera allo stomaco.

Risulta quindi che un'ulcera allo stomaco, decorrendo senza dolori all'organo leso, può dare forti dolori irradiati parietali-cutanei-intercostali per proiezione simpatica (come nei nostri tre casi), oppure dolori irradiati al volto od alla nuca per proiezione parasimpatico-frenica. I dolori cutanei possono occupare alcuni dermatomeri ad emicintura oppure limitarsi a piccole zone d'elezione.

Non possiamo precisare le ragioni per cui in singoli casi non sia l'organo malato sede del dolore, ma unicamente i dermatomi corrispondenti globalmente al viscere. È probabile che il dolore locale gastrico sia legato a particolari condizioni del viscere (p. es. a contrazioni della muscolatura liscia, a fatti infiammatori periulcerosi, a distensione, trazione od a disturbi circolatori) che in determinati casi di ulcera possono transitoriamente o duraturamente mancare, per cui l'ulcera decorrerebbe senza dolori locali, dando invece origine a dolori irradiati intercostali. È compito del medico di tenere presente questa eventualità, ripetendo gli esami radiologici e chimici ove questi fossero riusciti inizialmente negativi, come in due dei miei casi. Si eviteranno gravi errori diagnostici e si indirizzerà a tempo la cura sulla giusta via.

RIASSUNTO.

Si riporta la storia clinica di tre malati affetti da neuralgia intercostale sintomatica di ulcera gastrica o duodenale, lumeggiando questa sindrome in base alle recenti acquisizioni sul decorso delle vie sensitive viscerali.

---

(10) Rassegna Clin. scient. dell'Ist. Bioch. Ital., 1932, pag. 339.

IGIENE.

UFFICIO D'IGIENE DEL COMUNE DI BOLOGNA
Direttore: Prof. G. BELLEI.

ISTITUTO DI MEDICINA SPORTIVA DEL LITTORIALE
Direttore: Prof. G. PINI.

Lo sviluppo infantile in relazione al nuoto

per il dott. GIUSEPPE GIANNI.

Una provvidenziale disposizione del Podestà di Bologna nell'anno 1928 rese obbligatorio per gli alunni delle scuole elementari comunali il bagno periodico nelle magnifiche piscine del Littoriale, e insieme l'insegnamento del nuoto.

Questo ultimo provvedimento originavasi dalla saggia convinzione del grande profitto fisico e mentale che sarebbe derivato agli scolari dal nuoto. Detto esercizio di fatti, oltre eccitare lo sviluppo corporeo, è un potente stimolatore della volontà e del coraggio, che suscita sentimenti altruistici e soccorritivi e di reciproca animazione che è bene instillare fino dalla tenera età e non è facile il sollecitare con altri mezzi e con i comuni insegnamenti scolastici.

Prima di attuare l'ordinanza Podestarile le Autorità ed i Rappresentanti del Comune si sono preoccupati di dirimere tutte le prevedibili cause ed influenze che potessero compromettere il successo, e di allestire tutte le provvidenze affiancatrici e tutrici del buon risultato. Da prima la propaganda fatta dalle Maestre istruì le famiglie sugli effetti benefici del nuoto; poi si adottarono le più indicate garanzie per la disinfezione del mezzo idrico, per la preliminare nettezza dei corpi dei bagnanti, per la loro incolumità e sicurezza durante l'immersione, per il loro sollecito e completo prosciugamento del corpo, per un graduale trapasso dall'ambiente riscaldato della piscina all'aperto. Con queste cautele l'esperimento fu iniziato con l'entusiastico consenso delle famiglie ed è stato continuato con la gioia e col profitto dei piccoli nuotatori.

***

Per convincerci e confermare se realmente gli esercizi nella piscina si riflettano favorevolmente sulle condizioni generali fisiche dei bimbi e ne sviluppino le facoltà psichiche, abbiamo eseguito misurazioni ed indagini di carattere generale, dato che difficoltà pratiche ci avrebbero impedito di attuare ricerche personali. Abbiamo a questo scopo esaminato due gruppi, ciascuno di 571 scolari, appartenenti ad uno stesso livello sociale, di pari condizioni economiche, e tutti apparentemente sani. I bambini furono presi alla rinfusa per evitare ogni sospetto di voluta selezione.

Il primo gruppo di 571 era composto di bimbi che da 2 anni frequentavano la piscina ed eseguivano i regolari esercizi di nuoto. Il secondo gruppo di 571 bambini, era composto di soggetti che non avevano mai eseguito nessun esercizio di nuoto, non perchè fossero comunque tarati, ma perchè avevano esibito certificati medici che dichiaravano reali o presunti motivi per i quali i bimbi non potevano praticare il nuoto.

E su questi bambini, che pur essendo muniti di certificati medici si trovavano in ottime condizioni di salute, e come abbiamo già detto, nelle medesime condizioni economiche e sociali degli altri, furono svolti i nostri controlli.

A ciascun bambino furono da noi personalmente misurate la statura e calcolata l'espansione toracica differenziale tra la misura del perimetro toracico in forzata inspirazione e quella in forzata espirazione, provvedendosi di svolgere tale operazione sui bimbi in completo stato di riposo, mentre in posizione eretta tenevano le braccia pendenti di fianco al tronco.

All'esame dei dati raccolti non sembrò, a nostro parere, cosa esatta riferire all'età l'altezza ed il perimetro del torace; seguimmo invece il criterio di paragonare l'espansione toracica alla statura, così che più facilmente venivano ad essere eliminate le anomalie di rapporto derivanti dal confronto del torace e dell'altezza con l'età, che sono le più frequenti. Divisi pertanto in due gruppi in base al criterio della statura, tutti gli esaminati sono stati distribuiti in sotto-gruppi differenziati di due cm. d'altezza e ad ognuno di essi è stata assegnata la media differenziale (espressa in cm.) tra inspirazione ed espirazione raggiunta dal gruppo stesso (vedi tabella).

A colpo d'occhio si può subito rilevare che le medie di espansione toracica dei fanciulli di statura inferiore, nuotatori, superano la media dei controlli. Sono in prevalenza dell'età di anni nove circa, ed i meno evoluti, i quali dimostrano chiaramente di avere tratto dall'esercizio del nuoto la capacità ad espandere maggiormente il torace. Sono 140 individui su 571; cioè oltre il 24 % che testimoniano il beneficio del nuoto in maniera evidente. Ora poichè tutti, tanto i nuotatori quanto i controlli, hanno seguito i corsi di educazione fisica, stimolatrice di sviluppo, dosata per tutti

in egual misura di intensità, di durata, di sforzo, ed i frequentatori della piscina in più hanno tratto dalla pratica del nuoto un impulso evolutivo che direttamente si ripercuote su un determinato segmento del corpo, il torace, e questo ha risposto con una reazione espansiva maggiore che nei controlli, sembra logico assegnare in gran prevalenza al nuoto questo salutare risultato.

I GRUPPO (Nuotatori).

Altezza cm.	124	126	128	130	132	134	136	138	140	142	144	146	148	150	152	154	Totale
N. degli scolari esaminati . .	31	39	37	33	33	41	38	39	38	38	37	35	40	29	36	27	571
Media dell'espansione toracica .	3,9	4,5	5,4	4,7	5,4	4,6	5,8	5,3	5,1	5,4	4,3	6,1	5,2	6,3	6,2	5,8	

II GRUPPO (Controlli).

	124	126	128	130	132	134	136	138	140	142	144	146	148	150	152	154	Totale
Media dell'espansione toracica .	3,4	4	4,9	4.6	5,9	4,7	5,1	4,6	5,3	5	5,1	4,6	5,6	6,6	6	5,1	571
Media differenziale dei nuotatori	+0,5	+0,5	+0,5	+0,1	—0,5	—0,1	+0,7	+0,7	—0,2	+0,4	—0,2	+1,5	—0,4	—0,3	+0,2	+0,7	

Non basta: anche in altri gruppi distribuiti in livelli diversi di altezza, lo specchio indica che esistono scostamenti di espansione toracica differenziale tra nuotatori e controlli, e sommandoli tra loro e con quelli precedentemente indicati si raggiunge un totale di 353 individui i quali rappresentano oltre il 60 % dei frequentatori della piscina.

Infine sottraendo dal totale delle medie differenziali positive il totale delle negative risulta per il complessivo dei 571 nuotatori un incremento, sia pur leggero, dell'espansione toracica in confronto ai controlli.

Per quanto l'esperimento sia stato contenuto su un numero non imponente di soggetti, non ostante, in questo primo saggio, i termini di confronto siano stati limitati ad un solo rilievo funzionale, la prova tuttavia ha abbastanza chiarito che l'indagine non è infruttuosa, e che svolgendo le ricerche con materiale più numeroso e con indagini antropometriche e funzionali più complete, si potrà avere criteri di valutazione molto più sicuri nel riguardo del profitto che i fanciulli traggono nella loro evoluzione somatica e psichica dall'esercizio del nuoto.

Se a questo vantaggio fisico si sommano i pregi di carattere igienico, psichico e sociale notoriamente legati al nuoto, si può confortevolmente concludere che l'istituzione delle piscine è veramente preziosa e che la disposizione di ammettervi per la pratica del nuoto i ragazzi delle scuole elementari è un provvedimento di singolare utilità per questi organismi in via di sviluppo che devono temprare al tempo stesso le proprie forze fisiche, la volontà ed il carattere, conforme alle alte vedute nazionali ed umane che il Fascismo ci addita e strenuamente promuove.

Ringrazio il mio Maestro prof. M. Pincherle per l'interessamento dimostratomi durante lo svolgimento del presente lavoro.

RIASSUNTO.

L'A. dopo avere accennato al funzionamento delle piscine del Littoriale a vantaggio dei bambini delle Scuole del Comune di Bologna e dopo aver richiamato i benefici fisici e morali che si possono ottenere dal nuoto, espone i risultati avuti con questo sport su un gruppo di 571 scolari nuotatori, paragonati ad un egual numero di non nuotatori tenuti per controllo.

I vantaggi si sono dimostrati palesi nei bimbi più piccoli e negli ipoevoluti. In complesso si è avuta una superiorità di espansione toracica nel 60 % di fanciulli nuotatori, e la media generale di questi supera quella dei controlli.

RIVISTE SINTETICHE

L'iperinsulinismo spontaneo.

(Nuova sindrome definita).

Come tutte le glandole a secrezione interna le isole di Langerhans possono in condizioni patologiche funzionare in difetto o in eccesso, versando in circolo il loro prodotto specifico, l'insulina, in quantità minore o maggiore del normale.

Come già sono nosograficamente ben definite le sindromi da ipo- e da ipertiroidismo, e quelle da ipo- e da ipersurrenalismo, così si vanno precisando le sindromi dipendenti da ipo- o da iperinsulinismo.

A dir vero si conosceva che una malattia, il diabete mellito, era dipendente da insufficienza pancreatica, e la scoperta di Banting ha definitivamente dimostrato che tale affezione è determinata da una deficienza funzionale delle isole di Langerhans con la conseguente minore produzione dell'ormone specifico, che lo stesso autore isolò.

Ma non si conosceva l'iperinsulinismo.

L'introduzione dell'insulina nella terapia del diabete mise in evidenza come l'improvviso abbassamento del tasso glicemico causa disturbi più o meno gravi. Fu lo stesso Banting a rilevarlo. Poi questi accidenti da ipoglicemia sono stati constatati da tutti i medici che si sono serviti dell'insulina.

Le esperienze sugli animali hanno confermato queste osservazioni ed hanno consentito di produrre con dosi elevate accidenti gravissimi ed anche mortali.

Paragonando i piccoli e i grandi disturbi d'ipoglicemia provocati nei diabetici dal trattamento insulinico con i gravi fenomeni ottenuti negli animali si poterono fissare i tratti clinici della sindrome da ipoglicemia o da iperinsulinismo.

Verso il 1924 alcuni clinici furono colpiti dalla rassomiglianza tra i sintomi che presentavano spontaneamente alcuni malati e quelli provocati a seguito della terapia insulinica o sperimentalmente negli animali.

L'iperinsulinismo spontaneo era intravisto. Un medico americano, Seale Harris, isolava e definiva un complesso sintomatico abbastanza caratteristico che si accompagnava ad ipoglicemia e a lesioni delle isole di Langerhans.

L'iperinsulinismo è patogeneticamente l'antitesi del diabete: mentre in questo si ha una riduzione della combustione degli idrati di carbonio e iperglicemia, nell'iperinsulinismo si ha un'eccessiva distruzione di tali sostanze ed ipoglicemia.

Tuttavia le due condizioni possono esistere nello stesso individuo avvicendandosi in periodi più o meno lunghi, costituendo il così detto disinsulinismo.

Ma il caso più frequente è quello nel quale ad un periodo di iperinsulinismo segue uno stato di ipoinsulinismo: il diabete sarebbe così una successione dell'iperinsulinismo, la deficienza insulare costituirebbe la fase permanente di esaurimento consecutivo alla iperattività funzionale delle isole di Langerhans.

Non è dubbio che l'iperinsulinismo è sempre esistito come il diabete. Esso non è stato fino a poc'anzi riconosciuto e la sintomatologia relativa era attribuita ad altre malattie o non veniva affatto diagnosticata, così come l'ipertiroidismo una volta era considerata una malattia del sistema nervoso e non una malattia della tiroide.

Dopo le prime identificazioni le pubblicazioni sulla sindrome iperinsulinica spontanea si sono fatte numerose ed hanno dimostrato come la condizione sia tutt'altro che rara. Numerosi casi ne sono stati riportati in America, in Europa ed in Australia da Harris, Marsh, Sigwald, Rathery, Cammidge, Sudgnig ecc. Secondo le statistiche di Sippe e Bostock l'iperinsulinismo sarebbe frequente quanto il diabete.

Certo gli studi sull'argomento sono ancora in una fase non avanzata, e più larghe osservazioni potrebbero dimostrare come molte sindromi ad etiopatogenesi ignota siano da attribuire a disfunzione insulare, come farebbero sospettare alcune costatazioni già fatte.

* * *

La sintomatologia dell'iperinsulinismo spontaneo è straordinariamente polimorfa. Si tratta per lo più d'individui ben portanti ed anche grassi ed obesi. Allo stadio iniziale, che dura parecchio tempo, questi soggetti soffrono disturbi vaghi, fame esagerata, malessere indefinibile, sensazioni di vuoto nella testa, talvolta sudori. Fatto capitale, questi disturbi sopravvengono qualche ora prima dei pasti e cessano con l'ingestione di alimenti. Con l'andar del tempo, dopo un decorso più o meno lungo, interrotto da episodi diversi, la condizione si aggrava. Sopravvengono sintomi nervosi e psichici, disturbi vasomotori, convulsioni, stati di incoscienza, e perfino il coma.

Il sintoma più costante è la fame (tanto che gli americani denominano la sindrome anche « malattia della fame » *hunger disease*); seguono in ragione della frequenza l'astenia, il nervosismo, i sudori, i tremori, le piccole assenze, gli stati d'incoscienza, le convulsioni, il coma.

Harris distingue tre *tipi* di complessi sintomatici: *medio, grave, gravissimo.*

Nel *tipo medio* i pazienti d'iperinsulinismo lamentano per lo più una o due ore prima dei pasti un senso di fame eccessiva, astenia, nervosismo, ansia ed irritabilità. Tutte queste sofferenze sono alleviate e quasi sempre rimosse del tutto dall'ingestione di cibi, per ricomparire tre o quattro ore dopo e specie durante la notte.

Oltre a ciò si verificano tremori, vampate alla faccia, impallidimenti improvvisi specie intorno alle labbra, sudorazione profusa e tachicardia.

Sono stati notati anche altri disturbi: cefalee ricorrenti, incapacità di concentrare l'attenzione, facile esauribilità, vertigini, dispnea, senso di oppressione, palpitazioni, dolori precordiali.

Tutti questi sintomi sono aggravati dal moto, dall'eccesso di lavoro fisico e mentale, dalle emozioni.

Nelle forme medie la glicemia oscilla tra 0,75-0,60 per mille. Si possono avere glicemie normali durante i periodi di accalmia ed anche durante lo stato di sofferenze, ma esami ripetuti finiscono per dimostrare che il tasso glicemico è sempre più basso del normale.

Nel *tipo grave* i sintomi su accennati sono presenti in forma più accentuata e più numerosi. La fame, l'astenia, il nervosismo, i tremori, i sudori sono più pronunciati, più molesti, e l'ingestione di alimenti, che sono domandati sempre in quantità maggiori, allevia le sofferenze solo per una o due ore.

Prima dei pasti i soggetti non sono assolutamente in grado di attendere a qualsiasi lavoro, mentre dopo possono lavorare normalmente. Ma per breve tempo, dopo un'ora o due ritornano come prima.

Questa condizione è manifesta sopra tutto nelle donne, che finiscono per rimanere a letto o inattive fino all'ora dei pasti, attendono a qualche cosa per una o due ore, e poi si rimettono in riposo. Queste donne sono ritenute torpide, accidiose, ingorde per costituzione mentale o difetto d'educazione, ma in effetti esse sono malate fisiche. Per alleviare le loro sofferenze mangiano molto e spesso. I periodi di fame e di debolezza alternati con i pasti diventano sempre più vicini, si stabilisce un circolo vizioso che conduce all'obesità, all'inerzia.

Sono stati registrati anche casi nei quali si ripetevano brevi assenze mentali rassomiglianti ad attacco di piccolo male. Al riguardo è a notare come in casi diagnosticati di piccolo male fu riscontrata ipoglicemia e rarefazione delle crisi con la dieta appropriata. Talvolta sono stati anche osservati brevi stati d'incoscienza ed emiplegie transitorie.

Nelle forme gravi di iperinsulinismo il tasso glicemico è normalmente del 0,60-0,50 per mille, ma può andare saltuariamente ancora più giù.

Il *tipo gravissimo* d'iperinsulinismo è caratterizzato da accessi di incoscienza con o senza convulsioni. In qualche caso sono stati constatati delirio violento, sonnambulismo.

Neilson e Eggleston in molti casi diagnosticati come epilessia essenziale trovarono che la condizione era sicuramente determinata da iperinsulinismo come poi dimostrò il criterio terapeutico.

Sevringhaus, Schmidt e Bast riportano un caso d'iperinsulinismo con ipoglicemia (glicemia 0,40 per mille) nel quale il paziente trovavasi in istato epilettico.

Talvolta il quadro sintomatico assume la fenomenologia dell'alcoolismo cronico, pur essendo i pazienti temperanti: anche in tali casi i disturbi scompaiono dopo la ingestione di cibi.

Graham guarì una psicosi mediante l'asportazione di un adenoma pancreatico che risultava essere la causa dell'iperinsulinismo.

In parecchi casi si hanno dolori addominali tali da simulare il quadro sintomatico dell'appendicite, della colecistite e dell'ulcera duodenale. Tali dolori sono più o meno costanti, ma si esacerbano durante le crisi di iperinsulinismo e sono di solito più forti una o due ore dopo i pasti. Il dolore è generalmente localizzato nella parte superiore dell'addome, talvolta con irradiazioni a sinistra. La pressione sul pancreas spesso provoca dolore. Ciò si verifica specie quando esiste una lesione neoplastica del pancreas come anche quando questa sicuramente manca.

L'iperinsulinismo può assumere una forma acuta, fulminante: il paziente entra improvvisamente in istato di coma, può rimanere incosciente per qualche ora e riprendersi, ma anche morire.

Anche le forme gravi sono generalmente precipitate dagli eccessi fisici e mentali e dalle emozioni.

L'ipoglicemia nelle forme gravissime può raggiungere valori molto bassi, sempre al disotto di 0,50 per mille ed anche zero, come nei casi studiati da Weil, Woodyatt e Millard Smit.

I tre tipi di iperinsulinismo (medio, grave e gravissimo) possono essere indipendenti l'uno dall'altro nel senso che ciascun tipo conserva i propri caratteri fenomenologici per tutta la durata della malattia. Ma può capitare, e non di rado, che l'un tipo trapassa nell'altro. La sindrome iniziatasi in forma leggera, tale da assumere appena i caratteri di una malattia vera e propria, può con il tempo, gradatamente o improvvisamente degenerare nella forma grave e gravissima.

Come si è detto l'iperinsulinismo può costituire la fase antecedente, preparatoria del diabete. Ma un fatto molto strano si è che spesso le due condizioni possono coesistere. I sintomi dell'una si possono alternare con quelli dell'altra.

* * *

Il fatto essenziale che caratterizza l'iperinsulinismo è l'ipoglicemia. Questa va considerata come un effetto della funzione eccessiva delle isole di Langerhans, dell'aumento nella circolazione dell'ormone specifico di questi organi.

Questa iperfunzione può essere il prodotto di una lesione anatomica del pancreas, o di una sua alterazione puramente funzionale, che può essere intrinseca, autonoma, o essere indiretta, come ripercussione di disturbi di altri organi.

I fatti più dimostrativi sono quelli che lasciano constatare una perfetta rispondenza tra l'importanza della lesione anatomica delle isole di Langerhans e la gravità della fenomenologia clinica iperinsulinica. Ora i reperti anatomo-patologici provano che l'iperinsulinismo è più grave, più clinicamente definito quando esiste un aumento del tessuto insulare secretore. Tale è il caso di quelle osservazioni che hanno consentito di rilevare tumori specifici delle isole di Langerhans, veri insulomi.

È noto come siano stati registrati casi d'ipertiroidismo nel corso del cancro della tiroide, e d'irsutismo con ipertensione nel cancro della surrenale, di disordini ipofisari nel cancro dell'ipofisi. È sopra tutto l'adenoma che determina queste iperfunzioni glandulari, in diretta dipendenza dell'accrescimento del tessuto specificamente secernente.

Il primo caso d'iperinsulinismo anatomopatologicamente provato è quello pubblicato da Wilder, Allan, Power e Robertson (1927). Si trattava di un medico di 40 anni, che andava soggetto ad accessi d'incoscienza e convulsioni. Tutti i disturbi si alleviavano o si prevenivano con l'ingestione di glucosio. Il tasso glicemico era 0,30 per mille. Alla laparotomia esplorativa si trovò un cancro inoperabile del pancreas con metastasi nel fegato. All'autopsia si rilevò carcinoma delle isole di Langerhans con metastasi nel fegato e nel mesentere formate di cellule affatto simili a quelle del tumore primitivo. L'estratto del tessuto carcinomatoso aveva una netta azione ipoglicemica e produsse 40 unità d'insulina per ogni cento grammi.

Questa osservazione è di grande interesse perchè dimostra che il tessuto carcinomatoso è capace di produrre una secrezione glandulare non solo nel suo nucleo primitivo, ma anche nelle metastasi. Dimostra inoltre che questa secrezione insulinica anormale non può essere controllata dal meccanismo regolatore della glicemia e richiede una somministrazione permanente di idrati di carbonio per evitare accidenti gravi del tutto analoghi a quelli provocati sperimentalmente da forti dosi di insulina.

L'anno seguente Chalmer e Murphy pubblicarono un caso presso che analogo.

Nel 1929 Howland, Goldwin, Campbell, Maltby e Robinson riportarono un terzo caso di carcinoma delle isole di Langerhans, interessante per il fatto che con l'asportazione del tumore si ottenne la guarigione della sindrome iperinsulinica.

L'adenoma del pancreas è raro. Warren nel 1926 ne segnalò venti casi senza però far cenno dell'ipoglicemia. Il primo caso di adenoma insulare, vero insuloma, con netti fenomeni di iperinsulinismo, fu studiato nel 1928 da Mac Clenahan e Norris. Il fatto più grave fu il coma ipoglicemico a ripetizione.

Osservazioni analoghe pubblicarono successivamente Car, Parker, Grove, Fisher e Larrimore, Thalhimer e Murphy, Warren, Howland e Campbell, Graham e Womack, Smith e Seibel, Bast e Schmidt e Sevringhaus.

Altre volte l'iperinsulinismo è provocato da una semplice iperplasia delle isole di Langerhans. Tale è il caso studiato da Phillips. Si trattava di un negro morto in istato ipoglicemico. All'autopsia si trovò il pancreas di forma e volume normale: ma le isole di Langerhans erano notevolmente aumentate di volume.

L'iperplasia delle isole fu trovata in altri casi da Dubreuil e Anderodias e da Gray e Feemster.

Tali i casi nei quali il reperto anatomo-patologico ha perfetta corrispondenza con il quadro clinico, ma nella grande maggioranza dei casi l'iperinsulinismo esiste senza che si possa dare una prova della lesione insulare, sopra tutto perchè i casi che richiedono l'intervento chirurgico o vengono a morte non sono molti.

La maggioranza degli autori inclina a credere che l'iperinsulinismo sia determinato da pancreatiti, le quali provocherebbero un'eccitazione delle isole di Langerhans con la conseguente loro iperfunzione.

Sta di fatto però che, come hanno rilevato Sipte e Bostock, l'iperinsulinismo ha una definita tendenza ereditaria, e quindi il disturbo insulare può essere considerato come un fatto costituzionale.

Ma conviene tenere anche presente che l'iperinsulinismo è talvolta un disturbo secondario determinato come fatto reattivo dalla disfunzione di altri organi glandolari.

Sono note le interelazioni funzionali tra l'ipofisi e le surrenali da una parte ed il pancreas dall'altra. Si spiega quindi come nel corso di affezioni surrenali ed ipofisarie si possano avere condizioni iperinsuliniche.

Le glandule surrenali hanno un'azione antagonista a quella delle isole di Langerhans: l'ipersurrenalismo provoca una deficienza di produzione d'insulina e viceversa.

L'ipoglicemia si constata non solo nel morbo di Addison, ma anche in tutte le insufficienze surrenali, ed è perciò che la si riscontra nel corso delle sindromi generali gravi. Ma a parte ciò sono state pubblicate osservazioni nelle quali l'esistenza dell'ipersurrenalismo con tutta la sua fenomenologia clinica è nettamente provata nelle lesioni surrenali. Anderson ha riferito il caso di un carcinoma della surrenale con manifestazioni ipoglicemiche mortali.

Wadi ha pubblicato un caso di morbo di Addison nel quale l'iperinsulinismo era dominante: crisi convulsive, stato comatoso, ipoglicemia.

Maranon ha dimostrato la grande sensibilità degli addisoniani alle iniezioni d'insulina, che determinano crisi ipoglicemiche gravissime talvolta con esito letale.

Analogamente in tutte le affezioni dell'ipofisi nelle quali si ha un'ipofunzione di questo organo si determina uno stato di iperinsulinismo, sono dimostrative in questo senso le osservazioni di Cushing, Josep e Wilder.

Zubïran ha riscontrato alterazioni della tiroide in un soggetto sofferente di convulsioni ipoglicemiche. Weill constatò l'iperinsulinismo in una donna con disfunzione ovarica: essa presentava un'ipoglicemia costante e spesso aveva sintomi di reazione insulinica tra i periodi mestruali, e convulsioni prima e durante la mestruazione.

* * *

La diagnosi d'iperinsulinismo si basa su tre elementi: constatazione del complesso sintomatico, accertamento dello stato ipoglicemico, criterio terapeutico.

Come si è accennato i disturbi provocati dall'iperinsulinismo sono molteplici e variano dal semplice senso di fame, dai semplici tremori, alle convulsioni, al coma mortale.

La sintomatologia è così complessa che vien fatto di pensare se molte affezioni la cui etiopatogenesi rimane ignorata non debbano attribuirsi alla deficienza ipoinsulare.

Gli accessi di piccolo male, le convulsioni, gli stati crepuscolari, i deliri violenti, gli stati di male ricorrono con tanta frequenza nell'iperinsulinismo clinicamente ed anatomo-patologicamente accertato che non è azzardato il sospetto che molti casi di epilessia essenziale abbiano la loro patogenesi in una disfunzione insulare.

Il confronto tra alcuni disturbi mentali ora variamente catalogati, e quelli provocati dalle iniezioni terapeutiche d'insulina e quelli constatati nell'iperinsulinismo spontaneo, fa domandare se certi stati di confusione mentale, certi deliri, certi disturbi oculari (diplopia, amaurosi improvvise), certi fatti paralitici e vasomotori transitori non siano in rapporto con uno stato iperinsulinico.

Nella sua forma conclamata l'iperinsulinismo si estrinseca con uno stato di malessere più o meno profondo, sensazioni di fiacchezza, fame intensa, tremori, sudori, perdite dei sensi, convulsioni, deliri, coma. È tutta una gamma di disturbi che si presentano in varia intensità e vario aggruppamento a secondo del grado dell'alterazione insulare.

Ma nulla vieta di ritenere che la sindrome possa essere molto più diffusa di quel che si può pensare, se si tiene conto che essa può presentarsi appena abbozzata.

Si spiegherebbero così quegli stati di nervosismo più o meno transitori, di stanchezza, di cattivo umore di cui soffrono alcune persone nelle ore precedenti ai pasti. Pari considera la bulimia ed anche la semplice ghiottoneria come un effetto di iperinsulinismo abituale. Harris tende a considerare la fame, caratteristica dell'ulcera duodenale, come la conseguenza di uno stato ipoglicemico.

Il sospetto d'iperinsulismo deve insinuarsi per la diagnosi differenziale di molti stati morbosi: isterismo, epilessia, neurastenia, psicosi, endocrinopatie e perfino di alcune affezioni addominali quali la colecistite, l'appendicite, l'ulcera duodenale. È sopratutto questa che può indurre in errore con il suo dolore addominale, con la dolenzia alla pressione della regione epigastrica, con il senso di fame in relazione all'ora dei pasti.

Non mancano osservazioni di sospette ulceri duodenali che all'operazione esplorativa dettero esito negativo e che successivamente fecero rilevare ipoglicemia. È ragionevole presumere che nei casi analoghi che la casistica ha offerto e offre a ciascun chirurgo, la prova della glicemia avrebbe potuto dar ragione della sindrome duodenale senza lesioni effettive del duodeno.

L'iperinsulinismo è sempre accompagnato da ipoglicemia, e solo questo reperto convalida la diagnosi.

Come si è detto nelle forme medie la glicemia è di 0,75-0,60, nelle forme gravi è di 0,60-0,50 per mille, e scende sempre al disotto di 0,50 ed anche a zero nelle forme gravissime.

Va notato tuttavia che negli individui affetti da iperinsulinismo il tasso glicemico non si mantiene costantemente basso. Da ciò la necessità di ripetere gli esami, e praticarli sopratutto durante le manifestazioni sintomatiche.

Un altro criterio di sicuro significato è quello che i disturbi dell'iperinsulinismo scompaiono o si alleviano con l'ingestione di alimenti.

È stato dimostrato come la somministrazione di glucosio possa fare immediatamente scomparire accidenti gravi. Ed in tali casi, specie quando il soggetto si trova in condizioni da non potere assumere alimenti per la bocca, il glucosio conviene iniettarlo per via endovenosa nella misura di 10-20 cmc. di soluzione ipertonica al 20-30 %. È preferibile iniettare il glucosio in soluzione concentrata perchè l'apporto d'acqua è pericoloso. Si può anche somministrarlo mediante ipodermoclisi con soluzioni al 47 ‰, o per via rettale.

Ma questo trattamento deve essere riservato solo per combattere gli accidenti acuti.

In effetti l'esperienza ha dimostrato ad Har-

ris che una dieta ricca di zucchero a lungo andare non fa che aggravare la situazione. Il nuovo apporto di glucosio eccita l'attività insulinica che diventa sempre più prevalente, si stabilisce un circolo vizioso che peggiora lo stato del paziente. Il meccanismo regolatore della glicemia si altera sempre più fino al punto che si può avere una ipoglicemia reattiva all'ingestione di zucchero.

È per questo che Harris consiglia di adottare la dieta ai singoli casi tenendo conto del comportamento del tasso glicemico. Ma in linea generale preferisce una dieta povera d'idrati di carbonio e ricca di grassi.

Negli individui iperinsulinici adulti di medio peso si dovrebbe dare una dieta di 2,250 calorie con 90-120 gr. di idrati di carbonio e 200-300 gr. di grasso (burro), diviso in cinque o sette pasti al giorno.

Negli accidenti ipoglicemici acuti giovano anche le iniezioni di adrenalina o di caffeina.

La cura chirurgica non ha finora dato successi che in qualche caso di tumore operabile del pancreas.

La resezione parziale di quest'organo non ha prodotto alcun vantaggio.

LAVORI CONSULTATI.

S. HARRIS. *Hyperinsulinism and Dysinsulinism.* Journ. Amer. Med. Assoc., 6 sett. 1924.

ID. *Hyperinsulinism.* Endocrinology, gen.-febbr. 1932.

ID. *Epilepsy and Narcolepsy with Hyperinsulinism.* Journ. Amer. Med. Assoc., 4 feb. 1933.

ID. *Hyperinsulinism, a definite disease entity.* Ibid., 25 nov. 1933.

I. NEILSON and E. EGGLESTON. *Functional Dysinsulinism with Epileptiform Seizure.* Journ. Amer. Med. Assoc., 22 mar. 1930.

J. SIGWALD. *L'hypoglycémie.* Editore G. Doin, Parigi.

M. LABBÉ. *Leçons cliniques sur le diabète.* Editore Masson, Parigi.

A. PHILLIPS. *Hypoglycemia associated with Hypertrophy of the Islands of Langerhans.* Journ. Amer. Med. Assoc., 11 aprile 1931.

R. WILDER, F. ALLAN, M. POWER and H. ROBERTSON. *Carcinoma of the Islands of the Pancreas, Hyperinsulinism and Hypoglycemia.* Journ. Amer. Med. Assoc., 30 giugno 1927.

THALHIMER, WILLIAM and MURPHY. *Carcinoma of the Islands of the Pancreas, Hyperinsulinism and Hypoglycemia.* Ibid., 14 luglio 1928.

L. HEYN. *Hyperinsulinism.* Ibid., 23 aprile 1932.

CAMMIDGE. *Cronic Hypoglycemia.* British Med. Journ. 3 maggio 1930.

F. KRAUSE. *Hyperinsulinism.* Klin. Wochenschrift, 13 dic. 1930.

LAROCHE, LELOURDY et BUSSIÈRE. *Les hypoglycémies spontanées chroniques.* Presse Méd., 25 aprile 1928.

McGAVERN. *Epileptoid attacks and Hyperinsulinism.* Endocrinology, mag.-giu. 1932.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

TRAUMATOLOGIA.

Le ferite articolari e le artriti purulente traumatiche del ginocchio.

(SOEUR. *Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*, n. 6, 1933).

Il trattamento delle ferite articolari si è molto avvantaggiato dell'esperienza bellica. Ciò è naturale rappresentando esse il 7 % di tutte le lesioni di guerra e il 30 % delle lesioni degli arti; le ferite dell'articolazione del ginocchio poi, costituiscono più della metà delle ferite articolari. Inoltre l'artrite purulenta, come complicazione di traumi articolari, figura nel 23 % delle cause di morte nelle statistiche di guerra. Si comprende quindi come il trattamento di queste lesioni abbia attirato l'attenzione dei chirurghi. Per le ferite articolari è rimasto assodato che i migliori risultati si ottengono con il trattamento chirurgico immediato; per l'artrite purulenta invece, non si è stabilita un'unica linea di condotta; la stessa molteplicità dei trattamenti in uso dimostra come nessuno di essi sia perfetto.

Fatte queste premesse statistiche d'indole generale, l'A. fa un'esposizione anatomica e fisiopatologica dell'articolazione del ginocchio in particolare. Ricorda come, per la presenza di borse sierose, sinoviali tendinee, piani di clivaggio, la flogosi suppurativa divenga assai difficile a combattere allorchè sorpassa la barriera sinoviale. Per la statica dell'articolazione hanno grande importanza il legamento laterale esterno e i legamenti crociati; questi costituiscono una barriera fra il piano anteriore e quello posteriore dell'articolazione del ginocchio, barriera che il pus può sorpassare specialmente sotto l'azione di movimenti passivi intempestivi. La ricca innervazione dei legamenti e della capsula ci rende conto dell'importanza che hanno gli stimoli centripeti partiti da essi nel mantenimento del tono e del trofismo muscolare. Stimoli abnormi, originantisi in un'articolazione lesa, possono esercitare un'influenza inibitrice sul midollo: s'installano allora l'ipotonia e l'ipotrofia dei muscoli periarticolari.

La sinoviale è molto resistente all'infezione, il liquido sinoviale ha un'influenza inibitrice sullo sviluppo della flora microbica. Quanto agli antisettici l'A. ha avuto l'impressione che, più che un'azione disinfettante, esercitino una azione meccanica di lavaggio; poco efficaci i sieri, i vaccini e il batteriofago iniettati nel cavo articolare.

TRAUMATISMI APERTI DEL GINOCCHIO.

Ferite articolari semplici. — Si può trattare di punture articolari o di ferite da istrumento tagliente o contundente. In caso di punture,

l'agente traumatizzante può essere rappresentato da chiodi, schegge di legno, punte di forcine per uso agricolo, spille, aghi: frequenti queste ultime nei bambini. La sintomatologia è scarsa: sulla cute si osserva una traccia puntiforme, può aversi fuoruscita di sinovia; subito dopo il trauma il paziente accusa un dolore osteocopo che si attenua rapidamente. Bisogna sempre temere la ritenzione d'un corpo estraneo (frammento d'ago, scheggia di legno).

In caso di ferite da taglio o da istrumento contundente l'agente traumatizzante può essere, anche in pratica civile, quanto mai vario. La ritenzione di corpo estraneo si ha di rado: praticamente solo nel caso di caduta su frammenti di vetro. Zone preferite delle lesioni sono le doccie ai lati della rotula e il cul di sacco quadricipitale. I margini della ferita, più o meno divaricati, possono far osservare un'ernia muscolare o anche una superfice articolare. La fuoruscita di sinovia può esser facilitata da una leggera pressione sui cul di sacco articolari o da un leggero movimento di flessione.

Quand'anche l'interessamento dell'articolazione, rimanga dubbio, non si rimanderà l'intervento per non correre il pericolo, qualche volta fatale, dell'artrite purulenta.

Il paziente quindi, dopo essere stato assoggettato ad indagine radiologica per accertare l'eventuale presenza di corpo estraneo, sarà anestetizzato: si preferirà l'anestesia generale; solo per le piccole punture si potrà usare l'anestesia locale. Si escideranno poi successivamente i margini cutanei della ferita, l'aponeurosi, il piano muscolare e la capsula. È bene tener presente che, se il trauma si è realizzato a ginocchio flesso, la ferita dei diversi piani presenta una disposizione scalariforme che rende particolarmente difficile la scoperta della lesione della sinoviale. Sbarazzato il cavo articolare dai coaguli e detersi osso e cartilagine con etere, sarà indicato un accurato lavaggio con Dakin o liquido fisiologico in grande quantità. In un secondo tempo, cambiati gli strumenti e i guanti, la sinoviale verrà suturata con catgut sottile a punti staccati o con un sopragitto. Tale sutura dovrà essere a punti non perforanti per evitare che lungo questi l'eventuale infezione dei piani superficiali si diffonda al cavo articolare. Saranno poi suturati accuratamente i legamenti e la capsula. Quanto ai muscoli e alla pelle si riuniranno solo se la ferita è poco sporca e rimonta a non più di dodici ore, in caso contrario sarà prudente mantenere aperti i piani superficiali, lasciandovi una striscia di garza al Dakin.

L'arto sarà poi immobilizzato in doccia per una diecina di giorni onde evitare disseminazioni microbiche e per far consolidare le suture. L'atrofia del quadricipite sarà combattuta con il massaggio.

Le ferite perforanti, a setone, a condizioni che non siano complicate, saranno trattate alla medesima maniera in corrispondenza degli orifici d'entrata e di uscita. Terminato il periodo d'immobilizzazione e caduta la temperatura, s'inizieranno cautamente i movimenti attivi e passivi.

Ferite articolari con ritenzione di corpo estraneo. — Si tratta in genere di proiettili (pallottole, schegge di granata, pallini da caccia, veccioni); rari i frammenti di pietra, di carbone, di legno o metallici. La radiografia darà indicazioni preziose per la localizzazione esatta del corpo estraneo.

La condotta terapeutica si informerà ai seguenti principî: « *escissione dei tessuti lesi, estrazione del corpo estraneo, sutura primitiva* ». La ferita articolare sarà ingrandita e trasformata in un'artrotomia interna o esterna secondo la sua situazione; solo se il corpo estraneo si trova nel punto opposto alla porta d'entrata sarà estratto con un'incisione in tessuto sano.

Nei casi complicati, in cui occorra un'accurata ispezione della cavità articolare, si praticherà la « *laparotomia* » del ginocchio sezionando il tendine rotuleo o distaccando la tuberosità anteriore dalla tibia, oppure con la sezione trasversale o frontale (a Z) della rotula.

Se il corpo estraneo si trovasse dietro ai legamenti crociati verrà estratto per via poplitea: *all'interno*, con un'incisione lungo il tendine del semitendinoso; *all'esterno*, passando fra il tendine del bicipite e lo sciatico popliteo esterno.

Anche in questi casi non si inizierà la mobilizzazione prima di dieci giorni.

Ferite articolari con lesioni ossee. — Nelle fratture articolari aperte l'entità delle lesioni ossee può variare notevolmente; in ogni modo sarà sempre indicato l'intervento precoce, la riparazione accurata della sinoviale, la buona coaptazione ossea per evitare le irregolarità epifisarie. Conviene colmare le perdite di sostanza cartilaginea con un lembo muscolare (a scopo emostatico) o con grasso; e siccome questi tessuti si trasformano non in cartilagine, ma in tessuto connettivo, che alla lunga può ossificarsi, sarà indicata, per combattere l'anchilosi, una prudente mobilizzazione allo scopo di modellare le neoformazioni connettivali.

Le piccole scheggie ossee, cartilaginee, i frammenti di menisco, verranno asportati; le fratture della rotula verranno riparate col cerchiaggio e l'accurata sutura delle alette. In caso di frattura comminuta la rotula verrà resecata per via sottoperiostea; si sutureranno poi le alette e si uniranno il tendine del quadricipite e il legamento prerotuleo; la perdita di sostanza potrà anche essere colmata da un lembo muscolo-aponeurotico tagliato a spese del quadricipite e del vasto esterno. In caso

di distacco di un condilo o di una tuberosità tibiale si praticherà la sutura ossea, evitando di lasciare delle teste di viti sulle superfici articolari. Le superfici ossee rimaste denudate verranno regolarizzate e ricoperte da innesti liberi di grasso o di muscolo.

In presenza di gravi lesioni ossee si praticherà l'artrotomia ampia: in questi casi Willems e Delrez sono conservatori e consigliano di asportare solamente ciò che non può esser conservato, sperando poi, con una mobilizzazione ben condotta e con l'estensione continuata, di ottenere un soddisfacente risultato funzionale anche se l'asse dell'arto, come conseguenza dell'asportazione ossea, rimane interrotto. Lecène e Leriche, invece, consigliano di essere più radicali e di eseguire, allorchè l'asse dell'arto è compromesso, una resezione tipica.

In caso di gravi lesioni nervose o arteriose si eseguirà l'amputazione.

ARTRITE PURULENTA TRAUMATICA.

L'articolazione del ginocchio può infettarsi in seguito ai traumi precedentemente descritti. Sono stati riportati rari casi di infezione operatoria dell'articolazione. Degno di menzione il fatto che l'infezione articolare si è qualche volta manifestata in operati o feriti che si trovavano in stato d'infezione al momento in cui si produsse una distorsione del ginocchio; l'articolazione può infine presentare una reazione purulenta di vicinanza consecutiva a un focolaio infetto.

Frequenti come agenti causali, gli stafilococchi, gli streptococchi, i pneumococchi; sono stati descritti alcuni casi riferibili al colibacillo, o ad altri germi anaerobi. Le artriti da streptococchi sono particolarmente gravi e hanno effetto distruttivo sulle superfici articolari; le artriti da Friedländer e da Pfeiffer, viceversa, guariscono facilmente. Durante le malattie infettive possono manifestarsi versamenti puriformi asettici.

La sinoviale costituisce una barriera che oppone notevole resistenza alla diffusione del processo infettivo; questo, una volta superatane la resistenza, si diffonde agli spazi vicini, provocando il flemmone della capsula, la panartrite, la periartrite; possono sopravvenire la linfangite, con adenite inguinale, la tromboflebite dell'arto. Perdurando a lungo il processo suppurativo i legamenti crociati e i menischi si distruggono (si stabilisce allora una sublussazione); la cartilagine articolare diviene vellutata e s'ulcera, lasciando allo scoperto il tessuto epifisario. In questi casi la reazione connettivale è intensa; il tessuto epifisario presenta una rarefazione; il calcio migra verso il tessuto connettivo neoformato nel cavo articolare; nei punti ove più intensa è stata l'infezione e cioè nei cul di sacco, compaiono gli osteofiti: si stabilisce così l'anchilosi.

Clinicamente la forma abituale s'inizia circa quarantott'ore dopo il trauma, con febbre e tumefazione locale; il ginocchio viene immobilizzato in semiflessione, rotazione esterna ed abduzione dell'arto; contemporaneamente si stabilisce la circolazione venosa collaterale superficiale. Abbiamo delle forme gravi con diffusione precoce del pus negli spazi periarticolari, delle forme gravissime a manifestazioni settico-piemiche e delle forme lievi con versamento siero-purulento, a volte abatterico; si hanno anche forme tardive.

Trattamento dell'artrite purulenta. — Si comprende come, essendoci tanta varietà fra le forme cliniche dell'artrite purulenta, siano vari i trattamenti proposti, ogni uno dei quali conta brillanti successi e insuccessi dolorosi. Bisogna quindi cercare di precisare quali siano i casi passibili di ciascuna modalità terapeutica.

Le punture evacuatrici ripetute e il drenaggio a valvola permanente di von Payr, uniti o non ai lavaggi con antisettici o con semplice liquido fisiologico, danno buoni risultati nelle artriti metastatiche asettiche, nelle forme a virulenza microbica poco intensa (pneumococchi, Pfeiffer, alcune specie di streptococchi). È necessario regolarsi sulle variazioni termiche e sull'aspetto generale per passare, in caso di mancato miglioramento, ad una terapia più attiva onde evitare il prodursi di alterazioni dei capi articolari; questo è il pericolo del trattamento con punture evacuatrici che va considerato come un trattamento d'eccezione; esso sarà integrato con l'immobilizzazione fino alla scomparsa della temperatura.

Nei casi di gravità media, i più comuni, l'intervento necessario sarà l'artrotomia. Questa verrà realizzata a preferenza mediante due incisioni latero-rotulee che permettono un buon drenaggio, senza zaffi e senza tubi e sopratutto, lasciando integro l'apparato estensore, rendendo possibile la mobilizzazione precoce attiva secondo Willems. Numerosi però sono tuttora gli AA. che praticano l'artrotomia ampia con lembo a U comprendente la rotula; questo processo però si conclude quasi sempre con l'anchilosi.

Quando la suppurazione è grave e si estende al piano posteriore dell'articolazione, può essere indicato aggiungere un drenaggio attraverso il cavo popliteo mediante le incisioni già descritte per l'estrazione dei corpi estranei dalla parte posteriore della capsula. Delbet, Lecène, Schloffer, Longo consigliano la dislocazione articolare, cioè ampia artrotomia a U, rialzamento della rotula, spostamento dei capi articolari e immobilizzazione in semiflessione. Come si vede il campo è conteso fra il metodo di Willems e l'immobilizzazione. Il primo, che dà certamente i risultati migliori dal punto di vista funzionale, è applicabile solamente in casi non gravi; la minima complicazione e anche il persistere della temperatura al di là di cinque o sei

giorni, deve considerarsi come indicazione all'artrotomia ampia e all'immobilizzazione.

La resezione intrafebbrile, preconizzata dalla scuola di Lyon, rappresenta la più alta espressione del drenaggio; conviene praticarla allorchè l'artrotomia non dà i risultati sperati. Ha però esito, in un certo numero di casi, in ginocchio ballante; inoltre non è praticabile nei bambini; in questi è consigliabile la tecnica di Lawen che reseca la parte posteriore dei condili femorali.

L'amputazione verrà praticata in quei casi gravissimi che minacciano la vita del paziente.

L. Ferretti.

Le fratture del "tuber calcanei,,.

(Moore. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, settembre 1933).

Le fratture del calcagno rappresentano pressa poco il 2 % di tutte le fratture; si verificano in prevalenza nel sesso maschile e specialmente intorno ai quarant'anni, l'invalidità che ne consegue può durare a lungo e divenire, in parte, anche permanente; ciò avviene in particolar modo con gli antichi metodi di trattamento che si limitano ad applicare un apparecchio gessato senza riduzione dei frammenti o dopo appena qualche inefficace tentativo.

Le fratture del calcagno vengono abitualmente distinte in: « fratture da strappamento, fratture isolate della piccola apofisi, fratture del tubercolo esterno, fratture da compressione del corpo dell'osso »; queste ultime sono senza discussione le più frequenti e vengono causate da una caduta sui talloni. Subito dopo, in ordine di frequenza, viene un tipo di fratture che non si trova descritto nei trattati classici: la frattura del « tuber calcanei » vale a dire dell'angolo postero-inferiore del calcagno comprendente le due tuberosità della faccia inferiore, l'interna e l'esterna; ci si rende conto dell'importanza di tale frattura riflettendo che su questa parte, che costituisce il punto d'appoggio posteriore dell'arco longitudinale del piede, si scarica la massima parte del peso del corpo e che quindi si ha un fattore di invalidità permanente in caso di mancata o d'insufficente riduzione.

Il « tuber calcanei » si origina in tutto o parzialmente, dal punto di ossificazione secondario del calcagno che compare dai sette ai dieci anni e si salda al corpo dell'osso verso il sedicesimo anno; dà inserzione, per mezzo delle due tuberosità, al breve flessore delle dita, all'abduttore dell'alluce, all'abduttore del quinto dito; oltre questi muscoli si origina dal tuber calcanei anche il grande legamento plantare. In caso di frattura il tuber calcanei, per l'azione dei suddetti muscoli, viene spostato in avanti e in basso e ne riesce molto difficile la riduzione; si hanno così inconvenienti di due generi:

1) formazione di abbondante callo tra i frammenti ossei, callo che risulta assai doloroso quando lo si sottopone a carico nei primi tentativi di marcia e che si irrita con facilità dando luogo a formazioni di esostosi, assai dolorose anch'esse, o a periostite e osteite.

2) i muscoli flessore breve delle dita, abduttore dell'alluce e abduttore del quinto dito hanno, durante la marcia, un'importante funzione di coordinazione dei movimenti delle dita e dei movimenti del piede; tale funzione è ostacolata allorchè è spostato il loro punto d'origine.

Si comprende quindi l'importanza di una perfetta riduzione per il ripristino della funzione del piede; l'A. è riuscito ad ottenerla, anche senza intervento cruento, comprendendo nell'apparecchio gessato una pallottola di gomma elastica che esercita una pressione continua sul tallone. L'apparecchio viene mantenuto per tre settimane; si istituiscono poi delle sedute di massaggio e fototerapia;: alla fine della quinta settimana s'inizia gradualmente il carico dell'osso leso; la guarigione completa viene ottenuta in otto settimane. L. Ferretti.

Il trattamento delle fratture antiche del calcagno.

(Lenormant. *Presse Méd.*, 9 settembre 1933).

Le fratture sottotalamiche del calcagno, le sole frequenti, hanno una cattiva prognosi; specialmente quelle di 2° e 3° grado (secondo Destot), con affondamento del talamo nel corpo del calcagno, se non vengono ridotte, lasciano una deformità persistente del piede, con schiacciamento della volta plantare e dolori durante il cammino, provocando così un'invalidità permanente.

Per ottenere la riduzione di queste fratture sono stati proposti diversi metodi: il modellamento forzato del piede in anestesia, secondo Böhler (metodo che l'A. ritiene brutale) e l'intervento cruento, mediante il quale, a cielo aperto, si solleva il talamo affondato e lo si sostiene per mezzo di innesti osteo-periostei, prelevati dalla tibia. Quest'ultima operazione ha già fatte le sue prove e ha dato all'A. dei risultati molto soddisfacenti.

Capitano però, di tanto in tanto, all'osservazione, delle fratture sottotalamiche antiche, rimontanti a parecchi mesi, le quali, non ridotte, continuano a dare notevoli disturbi. Le difficoltà e i dolori, risentiti dai pazienti durante il cammino, sono in questi casi dovuti, non tanto allo schiacciamento della volta plantare, quanto allo squilibrio delle articolazioni sottoastragaliche e mediotarsiche, conseguenti alla posizione viziosa assunta dall'astragalo. Le articolazioni astragalo-calcaneari, astragalo-scafoidea e calcaneo-cuboidea sono assoggettate a uno stato di distorsione permanente, che è la causa prima dei disturbi di cui si lamentano i fratturati del calcagno. Conseguentemente, per rimediare a questo stato di cose, è stata pro-

posta l'artrodesi sottoastragalica e mediotarsica. Tale operazione ha dato risultati discreti; il piede rimane però notevolmente deformato e il cammino, possibile e facile in piano, rimane doloroso su terreno irregolare. Per rimediare anche a questi inconvenienti l'A. ha pensato di combinare l'artrodesi con l'impianto di innesti osteo-periostei. Naturalmente, trattandosi di fratture antiche, già consolidate, non è possibile, come si pratica in quelle recenti, rialzare il talamo calcaneare e sostenerlo con gli innesti impiantati nel focolajo di frattura; questi vengono interposti fra calcagno e astragalo, dopo avere resecato le cartilagini articolari e il legamento interosseo; l'astragalo viene in tal modo rialzato, viene corretto il valgismo e inoltre le superfici articolari astragalo-scafoidea e calcaneo-cuboidea riacquistano i normali rapporti.

L'operazione è seguita da immobilizzazione del piede, convenientemente prolungata, in apparecchio gessato. L'A. ha praticato questo trattamento in diversi casi e ne ha avuti risultati molto buoni. L. FERRETTI.

MISCELLANEA.

Ricerche sperimentali sull'anafilassi e l'antianafilassi.

(A. DUTHOIT e CH. GERNER. *Annales de Médecine*, dicembre 1933).

Se si percorre con la mente l'insieme degli innumerevoli lavori pubblicati sull'anafilassi dopo le ricerche fondamentali di Richet, Arthus e Von Pirquet, si resterà meravigliati di constatare come nessun lavoro sperimentale sia stato consacrato allo studio sistematico della sensibilizzazione attraverso la pelle.

Gli AA. che già fin dal 1923 avevano indirizzato in questo senso le loro ricerche, riferiscono ora i risultati dei loro studi sperimentali sulla sensibilizzazione e desensibilizzazione anafilattica per via intradermica e per via epidermica, confrontando fra loro l'efficacia dei due procedimenti, anche per quanto riguarda la duràta dello stato antianafilattico ottenuto con questo mezzo di desensibilizzazione.

Le conclusioni a cui gli AA. giungono sono in breve le seguenti: anzitutto la sensibilizzazione anafilattica può essere ottenuta nella cavia per mezzo di iniezioni intradermiche di siero di cavallo con risultati analoghi a quelli che dà la sensibilizzazione per via ipodermica: quest'ultima però presenta un'efficacia maggiore. La sensibilizzazione anafilattica può essere ottenuta anche per via cutanea epidermica, mediante un semplice impacco su cute sana e rasata. Questa sensibilizzazione è però meno perfetta che quella ottenuta per via intracutanea o sottocutanea.

Non è invece possibile ottenere una desensibilizzazione antianafilattica per via epidermica, mentre la vaccinazione antianafilattica mediante iniezioni cutanee intradermiche è un fatto indiscutibile. A questo riguardo i risultati ottenuti possono essere paragonati a quelli che dà la via ipodermica. Per via intradermica il tempo di apparizione dello stato refrattario è un po' più lungo e la sua durata un po' più breve che per via sottocutanea.

Nella genesi della sensibilizzazione o desensibilizzazione anafilattica per via intradermica, la pelle non rappresenta nessuna parte attiva: essa trattiene soltanto momentaneamente l'antigene. Se infatti, dopo venti minuti dall'iniezione sensibilizzante, si escide la pelle in cui l'iniezione era stata fatta, non si impedisce all'animale di anafilattizzarsi. Al contrario, se la pelle viene escissa meno di venti minuti dopo l'iniezione desensibilizzante, si impedisce alla vaccinazione antianafilattica di essere efficace.

La via cutanea di sensibilizzazione o desensibilizzazione è utilizzabile soltanto quando la pelle è sana e normalmente vascolarizzata.

L'antianafilassi non fa che mascherare in maniera molto passeggera lo stato anafilattico. La durata della protezione antianafilattica nella cavia non va al di là dei quattro giorni, se si è adottata la via intradermica, e dei cinque giorni se si è usata la via ipodermica.

Questa breve durata della protezione antianafilattica mal si accorda con l'ipotesi di un ritorno allo stato primitivo, dopo desensibilizzazione (Weill, Besredka). Questa nozione ha interesse non solo teorico, ma anche pratico, in quanto mette in evidenza la necessità di desensibilizzare i soggetti che ricevono, dopo un lasso di tempo di più di 5 giorni, una iniezione iterativa di siero animale. Inoltre è così possibile spiegare il perchè del carattere transitorio di alcune desensibilizzazioni praticate in soggetti con manifestazioni di ordine anafilattoide (asma, orticaria) le quali si ripresentano senza che per ciò sia necessario ammettere un nuovo contatto con la sostanza sensibilizzante. G. LA CAVA.

La gangrena nei diabetici.

(L. R. GROTE. *Ergebnisse der gesamten Medizin*, vol. 18, 1933).

La gangrena dei diabetici desta tutto l'interesse del terapista. Non è ancora possibile la classificazione di tutti i casi di gangrena, per la mancanza di conoscenze sicure sullo speciale meccanismo che la provoca e che porta all'arresto della circolazione e del ricambio dei liquidi nella zona interessata.

I vari autori che si sono occupati dell'argomento hanno emesso ipotesi e classificazioni diverse. Secondo Sponheimer, tutte le gangrene hanno una base anatomica e non ve ne sono di funzionali. Ravault distingue due forme,

quella ischemica e quella non ischemica, che non ha prodromi circolatori e si inizia subito con processi infiammatori. Secondo Barchard. la base della gangrena è data dalla malattia della media con consecutiva calcificazione. Labbé distingue tre forme: arteriosa, su basi nervose ed infettiva. Kazda parla di due tipi, il primo di natura angiospastica, il secondo originantesi da una trombosi.

L'A. distingue quattro forme cliniche, di cui le due prime rientrano nel tipo nervoso o spastico, mentre i momenti funzionali hanno negli altri due tipi una parte secondaria.

1) *Piccoli focolai gangrenosi della cute* di varia localizzazione, che insorgono spontanei e guariscono; raggiungono il diametro di una moneta da due soldi, sono poco dolorosi, si manifestano in un'età abbastanza avanzata in uguale misura nei due sessi. Come causa, l'A. ritiene che si tratti di lesioni capillari negli strati superiori della cute.

2) *Piccoli focolai locali superficiali*, in corrispondenza di lesioni esterne. Sono frequenti i focolai del letto ungueale, del calcagno, il così detto mal perforante. Mancano sempre le parestesie ed i disturbi di circolazione periferica; la radiografia non mostra che tale focolaio dipenda da lesioni arteriosclerotiche dei grossi vasi. Raramente si ha un decorso progressivo; per lo più il processo ha un carattere benigno, sebbene duri anche parecchi mesi e finisca con l'eliminazione del tessuto morto.

3) *La vera gangrena profonda progressiva arteriosclerotica* che è quella veramente pericolosa e terminava, nelle prime statistiche, per lo più con la morte. Incomincia in modo apparentemente benigno, come i casi del II gruppo, ma per lo più subito con dolori. Si localizza per lo più alle dita del piede, ma anche a quelle della mano, all'orecchio, al naso. L'estremità colpita è male irrorata, fredda, pallida, raramente si palpa il polso della pedidia. La causa ne risiede in una trombosi del grosso tronco arterioso, che procede in senso centripeto. La mortificazione dei tessuti procede rapidamente in profondità; le piccole ferite che possono aversi ai margini si infettano con i germi della putrefazione e si manifesta la gangrena umida, con il grave pericolo della linfangite e della sepsi. Le forme non infettate possono essere umide o secche, mummificate.

4) *La gangrena secondaria*, conseguenza di ferite per lo più dovute ad una cattiva cosmesi del piede; le ferite si infettano, si sviluppa una paronichia ed in seguito il flemmone del piede; la penetrazione dei germi della putrefazione porta alla gangrena secondaria, senza che si abbiano modificazioni arteriosclerotiche dei tessuti.

Tutte queste forme colpiscono l'età media ed avanzata, quasi sempre dopo i 45 anni e, di preferenza il sesso maschile (circa il decuplo del femminile).

Il gruppo più interessante per il terapista è il III, della G. umida infettata secondariamente con i germi della putrefazione. La sorte di tali malati dipende essenzialmente da due condizioni: la possibilità della sepsi generale e quella del coma diabetico, che un tempo era frequente conseguenza dell'infezione locale.

In mancanza di un trattamento causale radicale, la terapia si deve limitare ad impedire l'infezione generale e l'intossicazione acida. Se la gangrena rimane per lungo tempo secca, il decorso generale può essere benigno ed il trattamento si limita ad attendere l'eliminazione del dito morto o delle parti morte della cute. Quando si ha la vera gangrena umida, che è facilmente riconoscibile dal puzzo della lesione ed è accompagnata da arrossamento del dorso del piede ed edema, si deve cercare di ottenere la demarcazione ed il disseccamento del tessuto gangrenoso.

Poichè, con la terapia insulinica si può oggi impedire un peggioramento nelle condizioni del ricambio ed i casi di morte per coma nella gangrena appartengono oggi agli eventi più rari, si è autorizzati al trattamento conservativo della gangrena umida, tanto più che l'intervento mutilante in persone di età avanzata non deve prendersi alla leggera. È un fatto che la precoce amputazione del femore può allontanare il pericolo di vita, ma si vede che sui 70 anni l'applicazione di protesi si fa male e gli individui non vi si adattano, sicchè ne risulta un'infermità sfavorevole per l'ulteriore decorso della malattia.

Per tali considerazioni, il trattamento conservativo deve essere tentato per quanto è possibile ed è autorizzato a meno che non esistano delle indicazioni assolute per l'intervento chirurgico. Tale indicazione è da ammettersi soltanto in presenza di brividi e di alta febbre, che indichino la comparsa di sepsi generale. L'intervento chirurgico può anche essere consigliato da altre considerazioni, come dalle condizioni sociali del malato, tanto più che la terapia conservativa esige molto tempo, pazienza e danaro.

IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO.

Deve considerare i seguenti punti di vista:

1) *Dietetica.* — È essenziale ridurre al minimo il ricambio dell'acqua. La dieta deve quindi essere del tutto o quasi aclorurata (almeno non salare i cibi). La quantità media dei cloruri urinari non deve oltrepassare 1-2 grammi di cloruro di sodio. Essa deve quindi essere regolata essenzialmente sulla dieta di insalata, frutta e legumi cotti a vapore (e senza grassi), a cui si interpolano giorni con un centinaio di grammi di idrati di carbonio e giorni di carne. La quantità dei grassi deve, in generale, essere in relazione con il ricambio; essi vanno assai limitati nella forte acidosi.

Finchè la secrezione è ancora abbondante, è bene interpolare una giornata a soli succhi di frutta. La dieta a- od ipo-clorurata va continuata fino a che incominci la demarcazione. La tendenza deacquificante della dieta da gangrena è tanto più importante in quanto che all'inizio della malattia sono spesso necessarie elevate dosi di insulina per fare scomparire la glicosuria e l'acidosi. Quando si inizia la guarigione, e si formano delle granulazioni, la dieta può essere più liberale e maggiore la quantità di sale.

2) *L'insulina.* — Quando si ha una gangrena infettata, diminuisce la tolleranza per gli idrati di carbonio. Spesso prima che si incominci l'infezione i malati non hanno bisogno d'insulina, il che dimostra che la gravità del disturbo diabetico non influisce sulla comparsa della gangrena. Ma nel decorso della suppurazione putrida, il bisogno d'insulina può farsi molto elevato. È necessario darne tanta da fare scomparire del tutto la glicosuria e tenere l'acetone sotto i 50 mg. al giorno; quanto alla glicemia, si tenga presente che nei casi inveterati dei vecchi arteriosclerotici essa ha sempre valori alti, sicchè sono assai rari, anche con forti dosi di insulina, i casi di ipoglicemia. Con il progredire della guarigione, si viene elevando la tolleranza agli idrati di carbonio.

3) *Igiene della lesione.* — Le lesioni gangrenose debbono per principio essere trattate senza fasciatura, senza unguenti, senza disinfettanti ed anche senza polverizzazioni di dermatolo o di preparati analoghi. Durante la notte, si può avvolgere il piede in un leggero velo di garza, di giorno, lo si terrà scoperto all'aria, un po' sollevato, meglio se all'aria libera od al sole. Sono utli delle casse in cui si introduce il piede e vi si mantiene un forte *deficit* di saturazione di umidità dell'aria.

Con le pinzette, si asportano le croste più grosse ed 1-2 volte al giorno secondo la quantità del secreto, si asciugherà con tamponi la lesione. Nel periodo di forte secrezione, l'A. fa usare un « Föhn » (ventilatore ad aria calda), 1-2 volte al giorno, avendo però molta cura per non produrre scottature, in quanto che la pelle del diabetico è molto sensibile. Utile è l'alternare i bagni gassosi di acido carbonico, con la lampada ad arco. Buoni risultati dà la diatermia o la lampada di quarzo, ricoprendo la parte sana con stagnola (20 minuti, 2 volte al giorno, con distanza di 15 cm.).

Si impedirà la ritenzione di pus evitando la formazione di saccoccie ed asportando le parti necrosate con forbici e pinze. Controllare la temperatura 3 volte al giorno ed evitare nell'asciugamento della lesione ogni emorragia.

4) *Medicamenti.* — Poco o punto vantaggio ha ottenuto l'A. con le iniezioni di papaverina, di kallicreina od anche di cloruro di acetilcolina, che è stato ultimamente raccomandato specialmente contro i dolori. In un caso di gangrena molto estesa, invece, ha avuto buoni risultati con il neosalvarsan, che farebbe diminuire prontamente la secrezione e darebbe una sollecita demarcazione. Per un uomo di 60 anni, l'A. pratica una prima iniezione di 45 cg. e poi, per una settimana, 15 cg. ogni 2 giorni, sempre per via endovenosa; ripete tale somministrazione quando si abbiano aumenti di secrezione o di ritenzione.

Contro i dolori, uno dei mezzi più utili è il veramon, a dosi di 40 cg. fino a 6-8 volte al giorno; se esso, da solo o con l'aspirina, non riesce a calmare i dolori, si può ricorrere alla morfina e ciò senza tema di cadere nel morfinismo (pazienti anziani); ad ogni modo, sarà bene somministrare la morfina a periodi di 8-14 giorni intramezzati da altri col veramon.

Per quanto riguarda l'intervento chirurgico, l'A. ritiene che esso debba decidersi non appena il paziente avverta il primo brivido. L'asportazione deve essere generosa e non limitarsi al solo dito affetto, ma prendere la gamba, od anche la coscia, altrimenti si può avere la gangrena progressiva del moncone d'amputazione. *fil.*

Il trattamento delle intossicazioni da cianuro e da ossido di carbonio con il blu di metilene.

(A. RAVINA e S. LYON. *Presse Méd.*, 25 ottobre 1933).

Recenti lavori hanno attirato di nuovo l'attenzione sull'azione favorevole delle iniezioni endovenose di blu di metilene nell'intossicazione per cianuro e acido cianidrico, fatto già segnalato da Sahlin nel 1925.

Eddy ha dimostrato che il blu di metilene iniettato nella vena femorale alla dose di 10 millgr. per kgr. dieci minuti prima o meno di due minuti dopo l'iniezione di una dose mortale di cianuro, permette all'animale di sopravvivere. Il blu di metilene ristabilisce in particolare il ritmo respiratorio.

Geiser ha pubblicato i primi risultati favorevoli dell'applicazione del metodo all'uomo. Un giovane che aveva assorbito 1 gr. di cianuro di potassio in soluzione in 125 gr. di acqua fu portato in ospedale in coma con cianosi pronunciata, dilatazione pupillare considerevole, respirazione debole e irregolare. Si praticò immediatamente una iniezione endovenosa di 50 cc. di blu di metilene 1 %. Alla fine dell'iniezione il soggetto fece qualche movimento, in 5 minuti uscì dal coma, presentando un'apparenza presso a poco normale ad eccezione di un arrossamento diffuso dei tegumenti e di qualche brivido violento. In 15 minuti era completamente ristabilito.

In un secondo caso la guarigione fu ugualmente rapida.

D'altra parte numerose esperienze sembra dimostrino l'efficacia del blu di metilene nella intossicazione da ossido di carbonio. Gli AA. riportano a questo riguardo le osservazio-

ni di numerosi AA. che hanno avuto con tale terapia rapido successo. Brown considera il blu di metilene un antidoto sicuro dell'intossicazione da ossido di carbonio.

Per Geiser l'uso del blu di metilene nel trattamento della intossicazione da cianuro e da ossido di carbonio è ancora alla fase sperimentale. La quistione è in effetti ancora discussa.

Haggard e Greenberg affermano che se il blu di metilene è un antidoto certo dell'intossicazione da cianuro, non ha azione favorevole sull'avvelenamento da ossido di carbonio. Nè le prove sperimentali nè i risultati terapeutici sembrano loro dimostrativi. Per essi il blu di metilene avrebbe un effetto temporaneo, paragonabile a quello della lobelina e di un certo numero di droghe che possono per un momento aumentare la respirazione e accelerare così l'eliminazione dell'ossido di carbonio. Il suo effetto maggiore è però di convertire una parte dell'emoglobina del sangue in metemoglobina, diminuendo così la proporzione di ossigeno trasportato. La sua azione è dunque sinergica a quella dell'ossido di carbonio, mentre è probabile che abbia altri effetti dannosi capaci di aumentare la gravità dell'intossicazione.

Restano da spiegare i risultati favorevoli ottenuti da numerosi AA. Haggard e Greenberg dichiarano che essi si sono soprattutto prodotti in malati trattati con il blu un po' tardivamente quando una gran parte dell'ossido di carbonio assorbito era stato già eliminato.

Queste critiche non sono senza valore, ma il fatto che numerosi soggetti hanno potuto superare quasi immediatamente un coma profondo è molto impressionante. Resta poi indubitato che il blu di metilene costituisce un trattamento quasi specifico dell'intossicazione da cianuro. C. TOSCANO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Prof. CESARE FRUGONI. *Lezioni di Clinica Medica.* Volume di pagg. XII-606, con 46 figure. Edit. Luigi Pozzi, Roma, 1934. Prezzo L. 60.

Le lezioni di Clinica Medica, che il Prof. Cesare Frugoni ha raccolte in un volume di oltre 600 pagine, offrono importanza veramente notevole, perchè frutto di una lunga e sana esperienza clinica, esclusiva a chi, come Lui, è vissuto giorno per giorno a contatto del malato, e sono segno prezioso di tempra di grande Maestro nel campo dell'insegnamento.

Il volume quindi fa onore a Lui ed alla Scienza medica italiana.

I casi clinici, dai più semplici ai più complessi, sono esposti e discussi sempre con mirabile nitidezza, con ragionamento serrato, squisitamente critico e con perfetto equilibrio, soffermandosi spesso l'A. su questioni palpitanti di vivo interesse per il medico pratico.

Grande merito di Frugoni è di saper discutere, senza preconcetto, l'anamnesi ed i reperti dell'esame obbiettivo nei suoi elementi utili alla diagnosi, di saper aggruppare, discernere i singoli fenomeni, stabilendone la subordinazione a seconda del loro valore patogenetico e diagnostico, senza mai pretendere che un dato dica più di quanto non possa, cosicchè la diagnosi emerge chiara dopo una rapida sintesi dei fatti osservati.

Alle ricerche di laboratorio Frugoni assegna quel giusto valore, che deriva dal permettere di leggere più chiaramente e più scientificamente l'infermo: insiste perciò sulla significazione diagnostica dei dati forniti dai mezzi più moderni di laboratorio, criticandoli, all'occorrenza respingendoli.

Dalle sue lezioni emerge quella che è la sua attitudine mentale a considerare con esattezza l'essenza e gli obbietti dell'insegnamento clinico: pensa cioè che una Scuola di Clinica Medica debba rappresentare la vera fucina di studî e di ricerche, purchè si svolgano nel campo pratico-applicativo. «Rigido programma scientifico », per ripetere le sue parole, « ma a finalità squisitamente pratiche, poichè solo così una clinica medica risponde alla sua missione ed essenza e solo così può concepirsi: nelle sue origini, dal malato, nel suo sviluppo sul malato, nel suo alto fine, per il malato e per l'umanità ».

Tutti i problemi importanti della clinica moderna sono compresi in questa raccolta di lezioni; attraverso le quali Frugoni rivela mente acutissima di clinico, pratica medica quanto mai larga, preparazione scientifica non comune nelle varie branche biologiche.

Nello studio dei casi spicca sovente la necessità dell'intima collaborazione fra clinico medico e specialista delle altre scienze ausiliarie, nè manca la serena discussione a fondo del re-

perto operatorio ed anatomo-patologico in tutti i casi consegnati al chirurgo o venuti a mancare, unico mezzo questo, che vale a dirci la bontà del metodo clinico seguito.

Nè si dimentichi che i concetti esposti in varî argomenti di lezione sono originali, rappresentando il frutto di un appassionato ed intenso lavoro scientifico condotto per lunghi anni da Frugoni e dai suoi allievi, che Egli si compiace spesso di citare.

Questo volume ha quindi il sommo pregio di mettere al corrente di molte moderne questioni scientifiche non soltanto gli studenti, ma anche, e soprattutto, i medici pratici, i quali, nella limpidezza dei concetti, nel rigore di osservazione del malato, nel buon senso critico e nella potenza di logica diagnostica, espressa dall'A., potranno agevolmente misurarne la grandezza di Maestro e di Clinico.

L'edizione è tipograficamente quanto mai di meglio e più di lusso che si può oggi desiderare. ANTONIO GASBARRINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

ALBERTI O. *La Radiologia nel campo della traumatologia oto-rino-laringologica.* Tipografia Pacini Mariotti, 1933, pag. 300, 151 fig. e radiogrammi.

In bella edizione tipografica, corredata da radiogrammi nitidi e dimostrativi esce per i tipi della tipografia Pacini di Pisa la relazione dell'Alberti al XXIX Congresso della Società di laringologia-otologia e rinologia tenuto a Bolzano nel settembre 1933.

Premesse alcune cognizioni generali di tecnica radiografica e di anatomia radiografica nel campo della O.R.L. il relatore tratta in particolar modo della traumatologia cranica con speciale riguardo alla traumatologia dell'orecchio (frattura della rocca e della mastoide); un capitolo è dedicato al naso e alle cavità pneumatiche paranasali e seni della faccia (lesioni traumatiche, corpi estranei): il penultimo capitolo è dedicato alle complicanze delle lesioni traumatiche cranio-facciali ed un breve capitolo è dedicato alle lesioni traumatiche del laringe. Una breve appendice chiude il libro sul sussidio roentgenterapico in talune manifestazioni post-traumatiche nel campo oto-rino-laringologico. Il libro — che per il radiologo rappresenta una messa a fuoco di tutte le questioni nel campo diagnostico della O.R.L. — rappresenta lo specialista di otorinologia un sussidio prezioso: la parte di tecnica radiografica, la interpretazione dei radiogrammi, le deduzioni diagnostiche sono svolte con forma facile e piana e alla portata anche di coloro (che pur non praticando direttamente la radiologia nel campo della O.R.L.) devono ricorrere alla radiologia per derimere alcuni quesiti diagnostici e della radiologia spesso aspettano la soluzione di alcuni problemi specialmente nel campo dell'orecchio, campo oggi aperto largamente alla indagine radiologica.

E. MILANI.

LEDOUX-LEBARD. *Manuel de radiodiagnostic clinique.* Vol. di 1070 pag. con 1147 fig. Masson ed., 1933. Fr. 250.

In bella veste tipografica esce il manuale di Ledoux-Lebard simpaticamente noto a tutti i radiologi per i suoi lavori e per la sua attività.

Coordinazione della materia in modo chiaro e con radiogrammi dimostrativi allo scopo: sviluppo predominante di alcuni capitoli (ossa quasi 400 pagine, torace, apparato digerente quasi 500 pagine) sicchè alcuni argomenti (colecisti, apparato urinario) sono un po' troppo schematici. La materia è coordinata per grandi capitoli (affezioni acute polmonari, affezioni croniche, tubercolosi, tumori) tralasciando alquanto la diagnosi differenziale. La predominanza nel manuale del capitolo sulle ossa è in realtà bene spiegabile se si pensi che lo studio dello scheletro fu una delle tappe iniziali per l'impiego delle radiazioni roentgen in clinica e per il fatto che le malattie delle ossa rappresentano ancora oggi un capitolo fra i più belli della radiologia. In ogni modo il manuale si legge con facilità per la buona e sintetica coordinazione della materia. E. MILANI.

EMMERICH MARKOVITZ. *Roentgenthérapie in Tabellenform.* Vol. in-8°, di pagg. 150 e 40 fig. G. Thieme, Lipsia, 1934. Marchi 10,80.

L'A. noto per un altro suo Trattato di diagnostica in tabelle, pubblica coi tipi del Thieme la tecnica delle varie applicazioni roentgenterapiche raggruppando in tabelle tutta la vasta materia. Naturalmente questo metodo di raggruppare la vasta materia ha le sue deficienze e i suoi vantaggi: vantaggi specialmente per coloro che senza ricorrere ai trattati vogliono a colpo d'occhio avere uno schema del trattamento, deficienze per il fatto che la complessa materia che riguarda la roentgenterapia non può essere racchiusa — senza dimenticanze di particolari spesso importanti — in semplici schemi. Lo schematismo d'altra parte presuppone la conoscenza già della materia, quella delle dosi, quella della distribuzione dei campi, ecc.

Ma in ogni modo il libro dell'A. può riuscire utile per il radiologo specie per avere l'A. aggiornato la materia che già Lenk aveva tentato di racchiudere in modo schematico in quelle sue indicazioni radioterapiche che anche esse hanno avuto una certa fortuna.

E. MILANI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Emiplegie ed afasie transitorie nei cardiaci.

E. Ledoux e G. Jacquot (*Presse Méd.*, 16 agosto 1933) riferiscono vari casi di emiplegie ed afasie comparse bruscamente in cardiaci — giovani o vecchi — affetti da vizio valvolare compensato o non, o da endocardite acuta o lenta o, più spesso, da un semplice disturbo del ritmo. Tali episodi passano in pochi minuti, in qualche ora od in qualche giorno, non lasciando nessuna sequela, con perfetta *restitutio ad integrum* dei movimenti o della parola. Essi però, possono ripetersi, per le stesse cause, negli stessi territori od in altri.

Gli AA. ritengono che si tratti di una forma di anemia cerebrale, connessa con una caduta brusca della tensione dovuta ad un'insufficienza cardiaca, oppure ad un *deficit* dell'irrigazione cerebrale in rapporto con un disturbo del ritmo. Si tratterebbe di uno spasmo della silviana innestatosi su un'arterite cerebrale, condizionata, quest'ultima, dai disturbi dell'idraulica sanguigna in rapporto con l'aritmia.

In quasi tutti i casi, anche della letteratura, di fatto è segnalata un'aritmia considerevole, una tachi-aritmia, un cuore molto irregolare. I tracciati elettrocardiografici nei casi degli AA. confermano i disturbi del ritmo.

fil.

Le sindromi anginose nell'ernia dello hiatus diaframmatico.

Su 1500 osservazioni radiologiche dello stomaco Mosler e Haas (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 1° settembre 1933) riscontrarono in 3 % dei casi l'ernia dello hiatus esofageo; il tipo dell'ernia corrispondeva alla cosidetta terza forma di Akerlund (l'esofago di normale lunghezza, racchiuso nel sacco erniario). I soggetti affetti erano quasi tutti di età avanzata (media 61 anni). Gli AA. attribuiscono perciò un'importanza eziologica alle modificazioni fisiologiche senili del tessuto elastico. Anche la debolezza congenita di questo fungerebbe da fattore predisponente (Schatzki); difatti in 6 casi gli AA. riscontrarono la presenza contemporanea di diverticoli duodenali o esofagei.

Nel 40 % degli affetti da ernia dello hiatus vi furono delle sindromi anginose o anginosimili; la frequenza di queste era tanto più accentuata quanto maggiore era il volume dell'ernia; mentre nelle ernie piccole (di grandezza di una ciliegia) tale proporzione era di 31 %, in quelle medie o grandi (fino alla grandezza di un pugno) essa raggiungeva il 55 %.

Va notato che in altri dieci casi di *angina pectoris* l'ernia non è stata riscontrata. Comunque si tenga sempre presente la possibilità di tale etiologia della sindrome anginosa, specie nelle persone di età nelle quali l'ernia dello hiatus può essere considerata quasi come un fenomeno fisiologico. Per rintracciarla però occorre un accurato studio radiologico, secondo la tecnica preconizzata dagli AA.

S. MINZ.

Il valore clinico della pressione arteriosa nelle alterazioni cardio-vascolari.

A. Starna (*Cuore e Circolazione*, agosto 1933) ritiene che, per lo studio della pressione arteriosa nelle alterazioni cardio-vascolari, non ci si debba limitare ai soli dati delle pressioni massima, minima e media, ma si debbano costruire, mediante i dati rilevati con lo sfigmooscillometro Pachon-Boulitte, delle vere curve oscillometriche, che presentano andamento caratteristico nelle varie affezioni. Così, nell'arteriosclerosi, si possono avere deformazioni della curva fisiologica discendente; la rigidità della parete tende poi ad aumentare sempre più l'indice oscillometrico mentre contemporaneamente la massima va sempre crescendo.

Curve caratteristiche si hanno nei vizi valvolari ed una anche ve ne è nell'insufficenza di circolo (indice oscillometrico diminuito, curva decapitata, massima bassa, prova dinamica negativa).

L'A. è inoltre favorevole alla sostituzione dell'antica pressione minima con la media, che è ad essa solidale, facendo però rilevare come non si possano stabilire cifre o formule designanti un dato stato, ma che il giudizio si deve trarre soltanto dall'esame completo del malato.

fil.

Le cause dell'insufficienza cardiaca nei cardiaci.

M. Wallenberg (*Deut. Med. Wochens.*, 18 agosto 1933) ha esaminato per quale causa si è venuta manifestando l'insufficienza cardiaca, in cardiaci che erano prima in stato di compenso. Ha potuto mettere in rilievo i seguenti gruppi di cause: 1) infezioni (7 casi acuti, 2 cronici); 2) sforzi corporei (7 acuti, 12 cronici); 3) eccitazioni psichiche (7 acute, 4 croniche); 4) disturbi meccanici (3 cronici); 5) abbondanti bevute (2 casi cronici); in altri 6 non ha potuto mettere in rilievo nessuna causa.

fil.

Insulina e glucosio nel trattamento delle malattie cardiache.

Il trattamento con insulina e glucosio è stato applicato da alcuni anni nell'insufficienza cardiaca congestizia ed è probabile che esso possa essere efficace anche nelle sindromi arteriose specialmente coronariche. K. Shirley Smith (*British med. journ.*, 22 aprile 1933) lo ha applicato anche in 6 casi di angina pectoris ribelle ad ogni cura.

Egli somministra 5 unità d'insulina prima di colazione ed altre 5 prima di cena, facendo seguire l'iniezione dall'ingestione di 30 grammi di glucosio presi col pasto. La cura nei

casi dell'A. venne continuata per periodi variabili da 2 a 17 settimane. I risultati furono buoni.

L'A. dimostra che il dolore anginoso è in rapporto con un difettoso metabolismo dei carboidrati nel cuore. L'insulina agirebbe immediatamente con i suoi effetti stimolanti sul metabolismo del glicogeno nel cuore ed, in seguito, facilitando la combustione del grasso, processo che porta alla risoluzione delle modificazioni ateromatose precoci nelle coronarie. *fil.*

L'alcool octilico nell'ipertensione arteriosa.

A. Clerc, J. Sterne e R. Paris (*La Presse médicale*, 25 nov. 1933), avendo trovato che la tensione superficiale del sangue è elevata nell'ipertensione arteriosa, hanno fatto delle ricerche per vedere se è possibile abbassarla. Hanno perciò usato un corpo di cui la soluzione è tensio-negativa, cioè l'alcool octilico.

Se ne iniettano 10-20 cmc. della soluzione a 1/100.000 nelle vene alla piega del gomito, tenendo il malato sdraitato. Le iniezioni si ripetono ogni 2 giorni (od anche tutti i giorni) per serie di 10-15, ripetendo eventualmente le serie qualche settimana dopo.

Su 10 dei 18 malati, si è avuta, senza disturbi, la riduzione anche abbastanza notevole della pressione, unitamente all'aumento della diuresi e ad effetti sedativi. Il benessere fu in qualche caso tale che i pazienti stessi ritornarono spontaneamente all'ospedale per una nuova serie di iniezioni. L'abbassamento della pressione è di 5-10 mm. al giorno, senza arrivare mai sotto la normale.

L'alcool octilico, dalla formula C_8H_9-OH, è un corpo oleoso, dall'odore tenace ed abbastanza disgustoso, che bolle a 190°. La soluzione satura acquosa (a 1/100.000) si prepara lasciando cadere qualche goccia di tale alcool in un flacone con 250 cmc. di acqua distillata sterile ed agitando. Il liquido s'intorbida e l'alcool in eccesso si raccoglie alla superficie in forma di gocce oleose; l'ago s'immerge in profondità. La soluzione va conservata in fiale di vetro giallo saldate alla fiamma. L'alcool deve essere purificato e ridistillato. *fil.*

La tiroxina nell'ipertonia.

W. Freund (*Therapie der Gegenwart*), basandosi sul fatto che gli ipotonici sopportano male la tiroxina, ha applicato tale rimedio agli ipertonici, ottenendone diminuzione della pressione. L'età avanzata e le alterazioni organiche anche avanzate non costituiscono una controindicazione. Egli usa un preparato liquido, in cui la dosatura si può fare meglio e che costituisce una soluzione al 0,2 %; se ne danno da 2 a 5 gocce, 2 volte al giorno. Si andrà cauti nei casi in cui si può sospettare un ipertiroidismo latente.

L'azione della tiroxina nei casi di ipertensione viene attribuita dall'A. all'interdipendenza funzionale fra tiroide e surreni. *fil.*

L'azione dell'adrenalina sul ritmo cardiaco.

È noto che l'azione dell'adrenalina varia secondo la via per cui viene introdotta e che la sua azione si ripercuote sia sul sistema cardiovascolare, sia su quello neuro-vegetativo.

Per via sottocutanea, determina generalmente: elevazione della pressione, acceleramento del polso e del respiro, con extrasistoli specialmente negli individui a spiccata reazione simpatico-tonica.

Un ampio studio degli effetti di tale medicamento introdotto per via endovenosa è stato fatto da E. Buccianti (*Cuore e circolazione*, dic. 1933), il quale ha osservato varie modificazioni della frequenza e del ritmo, legate alle condizioni del sistema nervoso vegetativo ed al grado di eccitabilità della fibra cardiaca e del sistema di conduzione.

Subito dopo l'iniezione, si è avuto in tutti gli individui tachicardia (salvo in uno in cui il polso rimase invariato) ed elevazione intensa della pressione arteriosa, tale da non poter essere più rilevata con i comuni sfigmomanometri, senza però aversi il quadro elettrocardiografico della prevalenza ventricolare sinistra.

L'azione dell'adrenalina si esplica essenzialmente sulla placca neuro-muscolare; ne derivano delle alterazioni del ritmo, con vere salve extrasistoliche a diverso punto di origine. In alcuni si sono avute tachicardia parossistica od aritmia totale per fibrillazione auricolare. In altri, dopo la tachicardia iniziale, si è avuta una bradicardia; in essi, le extrasistoli si sono presenziate distanziate le une dalle altre, senza i caratteri parossistici notati in altri. *fil.*

NOTE DI EMATOLOGIA.

La formula leucocitaria negli operati di tonsillectomia.

Da ricerche di G. Andreoli (*Il Valsalva*, dicembre 1933) risulta che, un'ora dopo l'operazione si ha: forte diminuizione dei linfociti e notevole aumento dei polinucleari neutrofili; lievi oscillazioni nei grandi mononucleari e nelle forme di passaggio. La formula tende a ridiventare normale dopo 24 ore. Scarse e poco importanti oscillazioni presentano l'eritrocitosi e la leucocitosi.

L'asportazione totale delle tonsille porterebbe pertanto ad una disarmonia transitoria della formula leucocitaria, nel senso di una polinucleosi e di una linfocitopenia, il che starebbe ad indicare che le tonsille costituiscono un centro linfoproduttore.

Entrano poi rapidamente in azione i poteri di compenso per cui si ha il ritorno alla norma entro le 24 ore.

Queste osservazioni confortano il chirurgo all'asportazione, quando è necessaria e non danno ragione a quelli che pretendono che la tonsillectomia abbia una ripercussione dannosa sulla funzione leucopoietica totale dell'organismo. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Enzimi cristallizzabili.

Un articolo editoriale di *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 6 gennaio 1934 ricorda che è passato un secolo da quando Puyen e Persoz introdussero l'uso della parola « diastasi » per indicare quella sostanza che trasforma l'amido in zucchero. I francesi hanno chiamato anche recentemente col nome di « diastasi » tutti gli enzimi.

La cristallizzazione di un enzima, l'ureasi, fu ottenuta nel 1926 da F. B. Summer. Da allora si sono ottenuti in forma cristallina anche la pepsina, l'amilasi e la tripsina. Tutti questi prodotti hanno le proprietà delle proteine.

Secondo alcuni biochimici europei le proteine cristalline non sono esse stesse catalitiche ma semplicemente portatrici del gruppo attivo. Quindi, secondo le vedute di Willstätter, la parte intrinseca di un enzima è un radicale specificamente attivo ancorato ad un vettore caratterizzato da peso molecolare elevato, ma non necessariamente specifico.

Un contributo recentissimo è venuto dall'Istituto Rockefeller: Kunitz e Vosthrop hanno isolato dal pancreas fresco una proteina attiva cristallina che, mediante piccola quantità di tripsina, si trasforma in un potente enzima proteolitico. La proteina inattiva è stata chiamata chimotripsinogeno e la proteina attiva chimotripsina. L'attività di questo preparato è 1/3 della pepsina cristallina già descritta prima, per quanto riguarda il potere di digerire l'emoglobina o la caseina. È meno attiva della tripsina nel liquefare la gelatina ma più attiva nel coagulare il latte; non coagula il sangue e non contiene nè amilasi nè lipasi. L'enzima è certamente distinto dalla tripsina isolata da altri.

Il chimotripsinogeno è stato ricristallizzato dieci volte e mostra una costante attività ottica e una costante attività proteolitica dopo attivazione con tripsina.

Kunitz e Northrop ritengono che questi preparati siano proteine pure e che l'attività proteolitica sia una proprietà della molecola proteica. R. Lusena.

MEDICINA SOCIALE.

Per la lotta contro i tumori maligni.

In occasione dell'apertura degli Ambulatori dell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori è stata diramata la seguente circolare ai medici:

« Gli Ambulatori dell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori sono stati aperti col 1° gennaio.

Come fu già annunziato allora, lo scopo precipuo di questi Ambulatori è quello diagnostico. S'intende che la diagnosi non è solo per i tumori esterni visibili, ma anche per quelli degli organi, perciò gli Ambulatori visitano *malati di ogni specie* col precipuo scopo di scoprire le prime manifestazioni di una malattia neoplastica. Tutti i mezzi diagnostici moderni sono a disposizione del personale sanitario degli ambulatori al fine di perfezionare la diagnosi. Il lavoro è ripartito in modo che gli infermi sono sottoposti ad una 1ª visita di selezione e poi a visite specialistiche a seconda delle necessità; p. es., vi sono specialisti per le malattie dell'apparato gastroenterico, per l'apparato urogenitale maschile e femminile, per l'oculistica, l'otorinolaringoiatria, l'odontoiatria, le malattie del sistema nervoso.

La Direzione si rivolge pertanto ai Sigg. medici pregando di inviare all'Istituto non solo i malati affetti da tumori visibili, a scopo di precisarne la diagnosi ed eseguire la cura, ma anche qualsiasi infermo per il quale possa sorgere sospetto di tumore interno.

Si richiama specialmente l'attenzione *sui tumori dei centri nervosi* che furono fino ad ora molto negletti e per i quali la diagnosi richiede speciali indagini. L'Istituto è in grado di poter eseguire queste e le cure relative, sia fisiche, che chirurgiche, quindi è di somma importanza che al primo sorgere di dubbi sull'esistenza di un tumore centrale l'infermo sia inviato agli ambulatori dell'Istituto Regina Elena. Si raccomanda di inviare gli infermi con un biglietto d'accompagno del medico al quale sarà data immancabilmente risposta dalla Direzione.

Si rende anche noto che all'Istituto Regina Elena vi è un servizio speciale per le indagini istologiche dei tumori, quindi i medici potranno inviare pezzi anatomici o frammenti bioptici secondo le qui accluse norme e ne sarà data risposta nel più breve tempo possibile. Non si rifiuta di esaminare e studiare anche casi apparentemente incurabili, ma si pregano caldamente i medici di evitare di inviare infermi in gravi condizioni e per i quali è evidente l'inutilità di una cura efficace, e danneggiare gli infermi con inutili viaggi e gravi delusioni.

L'Istituto non è luogo di ricovero di incurabili, ma è un centro di studio e di cura; esso conta pertanto sull'appoggio dei medici di ogni parte d'Italia.

Il Direttore dell'Istituto:

Prof. Raffaele Bastianelli, sen. del Regno.

Norme per le escissioni a scopo diagnostico. — 1° È necessario assolutamente, salvo circostanze speciali lo impediscano, che il pezzo prelevato a scopo diagnostico si approfondi a sufficienza nello spessore del tumore e possibilmente comprenda anche uno dei suoi bordi. Le escissioni molto piccole creano sempre dubbi.

2° Il pezzo prelevato sia immediatamente messo in liquido fissativo, possibilmente in uno di quelli inviati dall'Istituto. Ad ogni mo-

do si consiglia ordinariamente la formalina al 10 % *neutra*.

3° È bene inviare uno schizzo schematico che rappresenti il contorno del tumore e la sede del pezzo prelevato affinchè i tagli siano orientati dalla superficie alla profondità.

4° Si raccomanda che la zona dove avvenne l'escissione sia subito elettrocoagulata, se possibile, o almeno trattata con termocauterio.

5° Accompagnare il frammento con la data dell'escissione, il nome, l'età del paziente e un cenno *clinico*, che si ritiene indispensabile.

Norme per l'invio dei tumori del sistema nervoso. — A questo Istituto potranno inoltre essere inviati tumori del sistema nervoso centrale prelevati, sia durante un atto operatorio, sia al tavolo anatomico; qui saranno esaminati con il sussidio di tutte le moderne tecniche, purchè vengano convenientemente fissati.

A tale scopo consigliamo: Per i pezzi prelevati durante un atto operatorio di adoperare le seguenti soluzioni:

A) Formalina di Policard (soluzione di formalina: formolo 40 %) del commercio neutra cc. 10, cloruro sodico gr. 0,9, acqua distillata 90.

B) Liquido di Mueller (bicromato di potassio gr. 2,5, solfato di sodio 1 gr., acqua dist. 100).

C) Formalina al bromuro di ammonio (formalina *neutra* 14, acqua dist. 100, bromuro di ammonio gr. 2).

È indispensabile fissare almeno un frammento nella soluzione *A*; le altre soluzioni vengano adoperate solo se si abbia la possibilità di avere più frammenti.

Nei casi di materiale anatomo-patologico consigliamo di sospendere l'intero organo (cervello o midollo) in un recipiente contenente formalina neutra di Policard (liquido *A*). Dopo un giorno si cambi la formalina e dopo una o due settimane si spedisca liberamente l'organo immerso nel liquido fissativo. Nel caso di tumori profondi dell'encefalo si può facilitare la penetrazione del fissativo mediante un taglio longitudinale praticato sul corpo calloso.

La Direzione.

POSTA DEGLI ABBONATI

L'Istituto della Sanità Pubblica. — Al dottor F. G. da V. L. (Macerata):

L'Istituto della Sanità Pubblica è in via di completamento nella zona della Città Universitaria di Roma; verrà inaugurato il 21 aprile prossimo. I mezzi per la costruzione e per l'arredamento furono liberalmente forniti, tre anni or sono, dalla Fondazione Rockefeller, in misura di 750.000 dollari. Grazie all'interessamento fattivo ed operoso della nostra Direzione Generale della Sanità Pubblica, esso sarà il più completo e perfetto degli istituti del genere in Europa.

Un decreto legge in data 11 gennaio ne regola la complessa organizzazione ed il funzionamento.

L'Istituto ospiterà i Laboratori scientifici della Sanità e varî altri Reparti. Non vi si terranno corsi di preparazione per ufficiali sanitari (questo compito rimarrà affidato agli Istituti d'igiene universitari), ma vi si organizzeranno corsi per il perfezionamento e la specializzazione dei funzionari di carriera (ufficiali sanitari in carica, medici provinciali, personale della Sanità, ecc.), presumibilmente anche per le visitatrici sanitarie (un corpo che si prevede avrà molto sviluppo). Costituirà, sotto molti riguardi, una Scuola d'applicazione di sanità civile. Vi si compiranno le ricerche consuetudinarie per la sorveglianza sanitaria. Sarà perfettamente attrezzato anche per gli studi scientifici in quanto riguarda la Sanità pubblica.

L. V.

VARIA

Centro d'allevamento di larve di mosche.

Nel Laboratorio di storia naturale della Facoltà medica di Parigi il prof. Brumpt, che lo dirige, ha stabilito un centro d'allevamento di larve di muscidi, per la cura di ferite infette. In una comunicazione all'Accademia di medicina egli ha descritto la tecnica di allevamento.

Ci siamo occupati altre volte di questa terapia strana. Ricordiamo che in passato si era già notato come la presenza di larve (dette « vermi ») nelle ferite infette avesse un significato favorevole. Durante le campagne napoleoniche in Siria ed in Egitto il chirurgo Larrey aveva notato di nuovo lo stesso fatto, il quale venne confermato durante la guerra mondiale. Il metodo è stato poi elaborato in America, sovratutto per la cura dell'osteomielite cronica.

Sembra che le larve liquefacciano i prodotti organici ed i tessuti mortificati, per mezzo di fermenti proteolitici; inoltre alcalinizzano l'ambiente e così lo rendono poco favorevole allo sviluppo dei batteri.

Si è tentato con successo anche l'uso di estratti sterilizzati di larve di muscidi.

(Dagli « Ann. d'Ig. », dic. 1933, allegato).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. MORETTI. *Intorno ad una particolare sindrome clinica ed ematologica (leucemia neutrofila?).* — Tip. Cooperativa, Pavia, 1933.

S. DI MAURO. *Rilievi sugli esiti della malarioterapia in alcuni casi di paralisi progressiva.* — Tip. Osp. Benef., Palermo, 1933.

R. BOSCOLO BRAGADIN. *Sintesi delle cognizioni che indicano la patogenesi della tbc. e delle altre malattie costituz.* — Tip. Percotto, Udine, 1933.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

1° *Dottor M. B.* (S. C. S.). — L'aumento del decimo è ragguagliato allo stipendio effettivo, cioè a quello che ora risulta dalla riduzione del 12 per cento.

2° *Dottor A. N.* (M.). — Chi è iscritto nell'elenco, regolarmente approvato, ha diritto alla somministrazione gratuita dei medicinali. Se il Podestà, ritenendo che l'iscritto abbia mezzi economici, vieta la somministrazione, commette un atto abusivo, che può essere denunziato al Prefetto. Può invece provocare la cancellazione dall'elenco, in quanto risulti che è venuto meno il requisito della povertà. La iscrizione nel solo elenco degli aventi diritto alla cura gratuita non è sufficiente se è già applicata la disposizione che prescrive due elenchi distinti.

Devono essere compresi nell'enco tutti coloro che sono in condizioni di povertà. L'elenco può essere modificato nel corso dell'anno.

3° *Dottor A. M.* (S. G.). — A me pare che i due certificati (buona condotta e condizioni fisiche) siano sufficienti e l'apprezzamento della Commissione sia per lo meno eccessivo.

Non risulta se il certificato dei punti riportati negli esami speciali sia stato richiesto come condizione per l'ammissione al concorso: è da ritenere che sia questo un documento utile, agli effetti della valutazione, ma non indispensabile agli effetti dell'ammissione.

Contro il provvedimento di esclusione comunicatole dal Podestà si può ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale nel termine di giorni 60 dalla notificazione.

4° *Dottor A. C.* (R. V.). — Il criterio costantemente applicato dalla giurisprudenza è questo: non è causa di incompatibilità giuridica e di dispensa dal servizio il rapporto di parentela tra l'ufficiale sanitario e il farmacista esercente nello stesso Comune; specialmente se quest'ultimo sia titolare dell'Unica farmacia, può in fatto verificarsi una condizione che l'autorità amministrativa esamina e valuta caso per caso, tenendo conto di tutte le circostanze locali e anche di quelle subbiettive, al fine di stabilire se la relazione di parentela sia in concreto causa perturbatrice del regolare esercizio delle funzioni di ufficiale sanitario. A rigore, essendo già costituito il rapporto di impiego stabile, dovrebbero verificarsi inconvenienti pratici.

5° *Dottor S. C.* (P.). — Se è istituito il posto di veterinario e il titolare è assente o impedito, l'ufficiale sanitario, incaricato della sostituzione temporanea, per la ispezione delle carni, non fa una prestazione ordinaria e ha diritto a speciale remunerazione. È da fare eccezione soltanto se il regolamento locale prescrive l'obbligo della prestazione gratuita.

6° *Dottor T. B.* (B.). — Contro il decreto del Prefetto che nega l'autorizzazione può essere prodotto ricorso al Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità pubblica, nel termine di giorni 15.

7° *Dottor P. V.* (G.). — La valutazione delle campagne di guerra e delle decorazioni al valore è regolata dagli art. 43 e 44 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290, le cui disposizioni sono state estese, in quanto applicabili, agli impiegati degli enti locali, agli effetti della carriera e, quindi, secondo l'opinione prevalente, anche agli effetti degli aumenti periodici.

8° *Dottor A. P.* (M.). — L'art. 81 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2960 sulol stato giuridico degli impiegati dello Stato dispone che nel caso di aspettativa per motivi di famiglia, l'impiegato non ha diritto a stipendio. Poichè l'art. 24 del capitolato prevede l'aspettativa « per ragioni private » equiparabili ai motivi di famiglia e soggiunge che sono applicabili in tal caso le norme concernenti gli impiegati dello Stato, è da ritenere che, durante l'aspettativa per motivi di famiglia, non sia dovuto lo stipendio.

Trattandosi di congedo straordinario per malattia, l'amministrazione non può negarlo anche se il medico condotto sia stato già licenziato per fine del periodo di prova con effetti da una data sicura, perchè, s'intende, il congedo sia necessario nel periodo in cui il medico condotto pur licenziato deve rimanere in servizio.

9° *Dottor P. P.* (G.). — Devono essere comprese nell'elenco degli aventi diritto alla cura gratuita tutte le famiglie povere, intesa la povertà non del senso di vera e propria indigenza, ma di insufficienza di mezzi economici necessari alla spesa per l'assistenza sanitaria e farmaceutica. È un criterio approssimativo. Il Comune deve formare due elenchi: uno per le cure mediche e chirurgiche; l'altro pe rla somministrazione gratuita dei medicinali. Saluti distinti.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuiti.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Istituto di sanità pubblica.

Con Regio Decreto Legge in data 11 gennaio 1934, pubblicato nella « Gazz. Uff. » N. 22 del 27 gennaio 1934, sono dettate le norme relative alla creazione in Roma, alla dipendenza del Ministero dell'interno, dell'Istituto di sanità pubblica.

Questo fa parte della Direzione generale della sanità pubblica come centro di indagini e di accertamenti inerenti ai servizî della sanità pubblica, e per la specializzazione del personale addetto ai servizî stessi nel Regno.

L'Istituto di sanità pubblica comprende i seguenti reparti:

laboratorio di micrografia e batteriologia applicate all'igiene e alla sanità pubblica; controllo dei sieri, vaccini e dei prodotti affini;

laboratorio di chimica applicata all'igiene e alla sanità pubblica; controllo della salubrità delle sostanze alimentari;

laboratorio di fisica applicata all'igiene e alla sanità pubblica; Ufficio del radio; Sezione di meteorologia sanitaria;

laboratorio per gli studî sulla malaria;

laboratorio di biologia applicata all'igiene e alla sanità pubblica;

ingegneria sanitaria ed igiene del suolo e dell'abitato;

epidemiologia e profilassi;

biblioteca e museo.

Con decreto del Ministro per l'Interno, di concerto con quello per le Finanze, potrà procedersi alla istituzione di nuovi reparti o di raggruppamenti diversi da quelli sopraindicati.

Il direttore generale della sanità pubblica è direttore dell'Istituto di sanità pubblica; può essere sostituito in tale compito dall'ispettore generale medico capo.

Per la formazione dei programmi dei corsi di insegnamento e di aggiornamento da svolgersi nell'Istituto, il direttore generale della sanità pubblica è assistito da una Commissione consuntiva, presieduta dal presidente del Consiglio Superiore di Sanità.

Sono svolti nell'Istituto di sanità pubblica corsi annuali di insegnamento per il personale sanitario alla dipendenza dello Stato, delle Provincie, dei Comuni. I corsi predetti sono affidati al personale dell'amministrazione della sanità pubblica o mediante incarichi provvisori, al personale tecnico di altre amministrazioni statali, od anche ad estranei all'amministrazione dello Stato. L'ammissione ai corsi di insegnamento nell'Istituto di Sanità Pubblica per il personale non appartenente ai ruoli organici dell'Amministrazione della Sanità Pubblica, è subordinata al pagamento di una tassa d'iscrizione. Alla fine di ciascun corso, sarà rilasciato un diploma.

Il decreto stabilisce che il Reparto di ingegneria sanitaria ha il compito di provvedere all'esame tecnico dei progetti di opere sulle quali, in virtù delle vigenti leggi, è richiesto il parere del Consiglio superiore di sanità; provvede all'allestimento del materiale tecnico occorrente nel proprio reparto, o, eventualmente, per altri reparti dell'Istituto stesso.

Vengono quindi dettate le norme per il conferimento dei posti nel nuovo Istituto e per il funzionamento interno dei varî servizi. Al decreto è allegata la tabella recante il nuovo organico del personale dell'amministrazione della Sanità Pubblica.

Il nuovo Istituto, che verrà inaugurato il 21 aprile p. v., rinnovando una tradizione instaurata da Francesco Crispi, costituirà dunque, con gli attuali laboratori scientifici della Sanità Pubblica e con gli altri reparti che verranno istituiti, un centro di indagini e di studi superiori su tutto quanto si attiene alla Sanità Pubblica, e servirà, mediante lo svolgimento di speciali corsi, alla integrazione della cultura igienico-sanitaria del personale dipendente dallo Stato, dalle Provincie e dai Comuni.

Vigilanza sanitaria sul personale degli spacci di generi alimentari.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. di Sanità Pubblica) ha diretto ai Prefetti una circolare in data 3 agosto 1933, n. 20300-2, perchè richiamino su questo argomento l'attenzione delle Autorità sanitarie locali, invitandole ad adottare quelle provvidenze che, in applicazione di disposizioni vigenti od a seguito di norme da inserirsi nei regolamenti locali d'igiene, siano riconosciute utilmente applicabili ai fini di garantire la salubrità e l'innocuità dei generi alimentari, ai fini di una sempre maggiore tutela della Sanità Pubblica. La circolare aggiunge:

Si rileva a tale riguardo che l'art. 11 del R. decreto 9 maggio 1929, n. 994, per la disciplina igienica sullo smercio del latte, prescrive che il personale addetto agli animali lattiferi, alle vaccherie e alle latterie, deve essere sottoposto a visita da parte dell'Ufficiale sanitario, e riconosciuto esente da malattie contagiose.

Inoltre per detto personale è obbligatoria la vaccinazione antitifica a norma dell'art. 1 del decreto del Capo del Governo 2 dicembre 1926.

Anche obbligo di visita medica preventiva e di visite periodiche è prescritto per il personale addetto al commercio di altri prodotti: così per quello adibito alle fabbriche di acque gazzose (regolamento approvato con R. decreto 29 ottobre 1931 n. 1601); alle fabbriche di prodotti alimentari della pesca conservati in recipienti (R. decreto-legge 7 luglio 1927 n. 1548 e norme regolamentari approvate con R. decreto 27 giugno 1929 n. 1427); nonchè per il personale degli alberghi (R. decreto 24 maggio 1925 n. 1102).

Indipendentemente da queste precise disposizioni di legge, in molti regolamenti comunali d'igiene, specie in quelli delle grandi città, è genericamente stabilito l'obbligo della visita medica preventiva per tutto il personale addetto alla produzione e vendita di prodotti alimentari in genere. Trattasi di misura necessaria ai fini sanitari e che deve essere diffusa ovunque, perchè così solo può eliminarsi la possibilità che nel commercio grandemente delicato dei generi alimentari siano adibite persone affette da malattie contagiose.

Inoltre è stabilito l'obbligo di denunziare prontamente qualunque manifestazione infettiva e contagiosa, che abbia a verificarsi sia nel personale, sia nei famigliari dello stesso, e con ciò resta agevolato il compito dell'autorità sanitaria nell'esercizio delle indagini occorrenti per l'identificazione dei portatori.

Nell'eseguire la visita medica gli ufficiali sanitari ed i medici incaricati dovranno particolarmente portare l'attenzione sull'esistenza di forme tubercolari o di altre manifestazioni contagiose in atto, sopratutto della cute e delle mucose visibili, come sulla conoscenza degli individui sospetti di essere portatori cronici di germi di infezioni intestinali.

In queste indagini occorre avvalersi largamente della collaborazione dei laboratori provinciali d'igiene.

L'importante argomento non solo esige l'esatta applicazione delle norme vigenti in materia, ma anche l'adozione di provvedimenti integrativi di carattere locale.

Nuove norme per lo smercio degli stupefacenti.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Capo del Governo, ha approvato uno schema di provvedimento legislativo recante nuove norme per la limitazione della fabbricazione e dello smercio delle sostanze stupefacenti.

Il provvedimento è diretto ad aggiornare la legislazione italiana in materia di stupefacenti, in modo da adeguarla alle nuove esigenze della lotta contro il traffico illecito di tali sostanze, secondo i principî informatori della convenzione internazionale di Ginevra del 13 luglio 1932.

Una circolare del Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) in data 5 dicembre 1933-XII, dispone fra l'altro, al riguardo:

Le preparazioni farmaceutiche contenenti rispettivamente meno del 0,20 % di morfina e meno del 0,10 % di cocaina dovranno d'ora innanzi essere assoggettate in pieno a tutte le norme della Legge 18 febbraio 1923, n. 396 e del regolamento 11 aprile 1929 n. 1086. Ed in conseguenza:

a) Le persone autorizzate al commercio degli stupefacenti, a termini degli articoli 2 e 4 del regolamento, e i farmacisti, devono prender nota del movimento di dette preparazioni nel registro di carico e scarico prescritto dall'art. 26 del regolamento stesso.

b) I farmacisti non possono vendere le preparazioni in esame se non dietro presentazione di regolare ricetta medica, compilata secondo le norme dell'art. 5 della suindicata legge, dell'articolo 37 del regolamento relativo, nonchè dell'articolo 48 del regolamento per l'esecuzione della legge su l'esercizio delle farmacie, approvato con R. D. 13 luglio 1914, n. 829.

Per quanto concerne la compilazione delle ricette stesse, si richiamano le istruzioni diramate con la circolare 18 feb. 1933-XI, n. 20500-9-9/20589, avente per oggetto « Norme per la compilazione delle ricette di stupefacenti ».

c) Qualora le preparazioni farmaceutiche in esame rivestano i caratteri di specialità medicinali, esse non potranno, inoltre, essere vendute senza previa autorizzazione ministeriale, a norma del R. D. L. 7 agosto 1925 n. 1732 e del regolamento approvato con R. D. 3 marzo 1927 n. 478.

I prefetti del Regno dovranno curare, che alle presenti disposizioni, le quali, vengono dal Ministero comunicate ai medici, ai farmacisti, e ai fabbricanti di prodotti chimici per il tramite delle rispettive organizzazioni sindacali, venga data larga pubblicità nell'ambito della provincia, anche a mezzo della stampa. Dovranno poi adottare i necessari provvedimenti affinchè esse siano strettamente osservate, e reprimere le eventuali infrazioni mediante denuncia all'Autorità giudiziaria, e in ogni caso immancabilmente mediante l'applicazione delle sanzioni amministrative stabilite dall'art. 48 del regolamento 11 aprile 1929 n. 1086.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARROCCIA (*Avellino*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

BRESCIA. *Spedali Civili*. — Scad. 18 feb. Primario medico generale; L. 6500 e compartecipaz. 75 %; età lim. 45 a.; titoli. Libera docenza in clinica medica od in patologia medica.

CALTANISSETTA. *R. Prefettura*. — Scad. 28 feb., ore 18; uff. san. di Niscemi; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %.

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 800 uff. san., L. 4000 trasp.

CAPUA. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 19 apr.; chirurgo dell'Ospedale Palasciano. Chiarimenti presso la Segreteria.

CARPI (*Modena*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 2500 trasp., altre indennità.

CASTELDACCIA (*Palermo*). — Scad. 8 mar.; L. 9500 lorde 12 %; 5 quinquenni dec.; età lim. 30 a.

CASTELLARANO (*Reggio Em.*). — Scad. 31 mar., ore 16; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 indenn. categoria, L. 1500-3000 trasp., L. 500 ambulat., addizionale L. 5 sopra il numero di poveri fissato dalla G. P. A., L. 1000 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 dic.

CAVRIGLIA (*Arezzo*). — Scad. 20 mar.; per Meleto; L. 9000 e 4 quadrienni dec., c.-v., L. 2400 cavalc.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

COMO. *R. Prefettura*. — Scad. 30 apr.; uff. san. di Lierna e uniti; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 4500 trasferta; età lim. 45 a. Rivolgersi Ufficio del medico prov.

FARRA DI SOLIGO (*Treviso*). — Scad. 29 mag.; 2ª cond.; L. 8500, c.-v., trasp.

GAMBOLÒ (*Pavia*). — Scad. 20 feb.; cond. esterna; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

GODO (*Ravenna*). — Scad. 31 mar.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2500 trasp., c.-v., L. 1250 serv. att.; età lim. 40 a.

GORIZIA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale*. — Scad. 31 mar.; due medici primari; L. 14.000 e 6 aumenti del decimo, L. 3000 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 30-40 a.; tassa L. 50. Rivolgersi all'Amministraz. Provinc.

IMOLA. *Manicomio di S. Maria della Scaletta*. — Il concorso per titoli ad un posto di medico è prorogato al 28 feb.

LIERNA. — (Vedere COMO).

MACERATA. *Consorzio Prov. Antituberc*. — Scad. 2 mag.; aiuto medico nell'Istituto tubercolosi di Villa Montalbano; L. 6000 e 4 quadrienni di lire 1100, serv. att. L. 450, c.-v., vitto e alloggio o L. 4000 lorde; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MALPIGNANO (*Lecce*). — Scad. 1 mar.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; titoli ed esami; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MILANO. *Istituti Ospitalieri*. — Scad. 15 mag.; 6 medici chirurgi assistenti interni; L. 5600 oltre L. 360 serv. att.; età lim. 35 a. Rivolgersi Direzione Medica, via Ospedale 5.

MODENA. *Consorzio Prov. Antituberc*. — Scad. 15 mag.; titoli ed esami; vice direttore aiuto del Dispensario di Modena; medico dirigente del Dispensario di Castelfranco Emilia; medico dirigente dei dispensari di Finale Emilia-Mirandola-Sassuolo-Formigine; stipendi rispettivam. L. 7000, L. 5000 e L. 5000; al primo posto è annessa l'indennità di carica di L. 4000. Rivolgersi Segreteria del Consorzio.

MARCARIA (*Mantova*). — Scad. 10 apr.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. mezzi di trasporto, c.-v., se uff. san. L. 1000.

MONDOVÌ (*Cuneo*). — Scad. 15 feb.; per Piazza; L. 7000 oltre L. 1500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi*. — Scadenza 15 marzo 1934-XII. Per titoli, posto di primario chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde 12 %); compartecipazione 40 % proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40; libera docenza patologia o clinica chirurgica; sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche universitarie od Ospedali oltre 500 letti; almeno dieci anni di laurea. Tassa concorso L. 50,10. Chiedere notizie e Capitolato alla Congregazione di Carità.

NISCEMI. — (Vedere CALTANISSETTA).

ORSERA (*Pola*). — Scad. 20 apr.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., L. 900 indenn. malaria, L. 800 uff. san., L. 4000 trasp.; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50.

PAVIA. *R. Prefettura*. — La scadenza del concorso per Ufficiale Sanitario Consorziale di Vigevano è prorogata dal 28 febbraio al 10 marzo 1934.

PAVIA. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Scad. 15 mar., ore 17; direttore del Consorzio e del Dispensario prov. di Pavia; L. 24.000 oltre L. 8000 serv. att.; contributi di legge; età lim. 45 a. al 10 gen.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50; titoli ed esami. Chied. annunzio.

PECOGNAGA (*Mantova*). — Scad. 20 mag.; condotta B; L. 7040 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1019,15 c.-v., L. 2200 trasp., L. 440 ambulat.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

POGGIO SANNITA (*Benevento*). — Scad. 30 apr.; L. 5456 e 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

POLA. *Ospedale Generale e Psichiatrico « Santorio Santorio »*. — Scad. 15 feb., ore 18; primario chirurgo, primario della Divisione dermosifilopatica, aiuto del Reparto psichiatrico; per i primarî stip. L. 10.800, serv. att. L. 2430, partecipaz., età lim. 45 a.; per l'aiuto stip. L. 7200, serv. att. L. 1800, età lim. 35 a.; aumenti periodici; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 3 gen. Chiedere annunzi all'Amministrazione dell'Ente.

POMIGLIANO D'ARCO (*Napoli*). — Scad. 16 mar.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.

PULFERO (*Udine*). — Scad. 30 apr.; L. 10.000 e c.-v., serv. att. L. 600, uff. san. L. 1000, trasp. L. 3000.

RIBERA (*Agrigento*). — Scad. 15 apr.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; titoli ed esami.

ROLO (*Reggio Em.*). — Scad. 31 mar.; L. 8000; addizion. L. 5 per i poveri superanti il numero prescritto dalla G. P. A.; L. 1500-3000 trasp., lire 1000 uff. san., L. 500 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Ministero di Grazia e Giustizia.* — Scad. 17 mar.; 4 medici assistenti nei Manicomi giudiziari del Regno; titoli scientifici e pratici; età lim. 35 a. V. « Gazz. Uff. » N. 13. Domande alle Regie Procure presso i Tribunali.

ROMA. *Ministero della Marina.* — È indetto il concorso per la nomina di 18 tenenti medici in servizio permanente effettivo nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Potranno prendere parte al concorso i laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale a norma delle vigenti disposizioni e non abbiano oltrepassato il 27° anno di età al 14 gennaio 1934. Il limite massimo di età sopra indicato è aumentato di quattro anni per coloro che risultino regolarmente inscritti ai Fasci di Combattimento senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922. Copia della relativa notificazione di concorso (con annesse istruzioni e programmi di esame) potrà essere richiesta direttamente al Ministero della Marina (Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari, Divisione Stato Giuridico), alla Direzione della R. Scuola di Sanità Militare Marittima di Napoli ed alle Direzioni degli Ospedali Militari Marittimi di La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena.

S. MARGHERITA LIGURE (*Genova*). — Scad. 15 mag.; L. 7200 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SAN VITO ROMANO (*Roma*). *Ospedale Civile « G. Baccelli ».* — Scad. 10 mar.; direttore; L. 9500 e compartecipaz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; un anno di condotta o di ospedale; titoli ed esami; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

SEPRIO (*Como*). — Scad. 28 feb.; L. 9000 oltre L. 3500 trasp., L. 500 ambulat., L. 1500 uff. san.; titoli ed esami.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di direttore della Sezione Medico-Micrografica presso il Laboratorio di igiene e profilassi della Provincia. Stipendio annuo lire 15.000 oltre l'indennità di servizio attivo di L. 3000 e l'indennità caro-viveri. Trattenute di legge. Scadenza del concorso ore 12 del 30 aprile 1934. Richiedere chiarimenti alla Amministrazione Provinciale di Sondrio.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli. Posto di medico primario presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Sondrio. Stipendio annuo L. 11.000 oltre l'indennità di servizio attivo di L. 3000 e l'indennità caro-viveri. Trattenute di legge. Scadenza ore 12 del 30 aprile 1934. Richiedere chiarimenti alla Amministrazione Provinciale di Sondrio.

STRANGOLAGALLI (*Frosinone*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 10.500 al lordo della riduzione 12 % e delle altre trattenute di legge. Aumento di un decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni consecutivi. Se il Sanitario avrà l'incarico di ufficiale sanitario e finchè questo durerà, ma sempre revocabile, avrà diritto all'indennità annua di L. 400 al lordo riduzione 12 % ed altre ritenute di legge. La domanda in carta da bollo di L. 3, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità potranno rilevarsi dal bando di concorso da richiedersi al podestà del Comune, dovranno pervenire al predetto non oltre il 6 marzo 1934.

TERNI. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 10 feb., ore 18; aiuto medico nel Dispensario di Terni; L. 10.000 oltre L. 2000 serv. att.

TRIESTE. *Ospedali Comunali.* — Scad. 2 magg.; direttore generale; L. 30.000, oltre L. 6000 serv. att., L. 6000 alloggio; età lim. 45 a. Rivolgersi Comune.

VENEZIA. *Ospedali Civili.* — Scad. 28 apr., ore 17,30; primario radiologo; titoli ed eventualm. esami; L. 6000 e percentuali; tassa L. 50; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 22 gen. Chiedere annunzio.

VERONA. *Amministr. Provinc.* — Scad. 31 marzo; assistente presso la Sez. med.-microgr. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; titoli ed esami; L. 9600 e 3 quadrienni di L. 600, 700 e 800; serv. att. L. 600; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

VIGEVANO. — (Vedere PAVIA).

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione « De Giaxa ».

A norma dello Statuto della Fondazione « Vincenzo de Giaxa », approvato con R. D. 7 febbraio 1926, n. 339, è bandito un concorso a due premi, il primo di lire mille, il secondo di lire cinquecento, tra gli studenti del 6° anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Napoli, i quali si trovino nelle condizioni seguenti:

1) che fin dal primo anno di corso siano stati iscritti, senza interruzione, alla suddetta Facoltà di Medicina e Chirurgia;

2) che abbiano superati tutti gli esami obbligatori del primo quadriennio, nonchè l'esame d'Igiene, e che in questo abbiamo riportato non meno di 24 su 30.

Coloro che intendono prender parte al concorso devono presentare, non più tardi del 15 febbraio 1934, regolare domanda di ammissione in carta legale diretta al Rettore della R. Università di Napoli, e corredata da un certificato rilasciato dalla Segreteria della stessa R. Università, dal quale risulti che il richiedente si trova nelle condizioni prescritte.

Il concorso è per esami e consiste nello svolgimento di un tema scritto d'Igiene, assegnato da una Commissione giudicatrice costituita da tre membri, secondo le norme dello Statuto.

Il tema sarà svolto nell'Istituto d'Igiene, in giorno ed ora che saranno indicati, sette giorni prima, con avviso nell'albo dell'Istituto.

I lavori svolti saranno letti in pubblico, nell'Istituto d'Igiene, nel giorno e nell'ora indicati mediante avviso affisso almeno due giorni prima.

Per il conseguimento del premio si richiede una votazione non inferiore ai 27/30. I premi sono conferiti ai concorrenti secondo l'ordine di classificazione in graduatoria.

L'Associazione Americana per lo Studio del Gozzo offre un nuovo premio di 300 dollari (3600 lire it. circa) e due menzioni onorevoli per lavori che si riferiscano a tale problema. I manoscritti, redatti in inglese, vanno indirizzati a: Mr. J. R. Yung, M. D., Cherry Street 670, Terre Haute, Indiana, S. U. d'A., non oltre il 1° aprile 1934.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono stati innalzati alla dignità senatoriale due medici: il prof. Serafino Belfanti, direttore dell'Istituto Sieroterapico Milanese, e il prof. Giacomo Emilio Curatolo, libero docente di ostetricia e ginecologia. Esprimiamo loro il nostro più vivo compiacimento. Siamo lieti di segnalare anche la nomina a senatore del principe ing. Gelasio Caetani, presidente della Società per gli studi della malaria.

Alla cattedra di Clinica pediatrica di Siena sono risultati i proff. G. Salvioli, L. Auricchio e G. De Toni; in seguito a questo verdetto, il prof. Salvioli è stato chiamato a dirigere la Clinica pediatrica dell'Università di Siena e il prof. Auricchio quella di Sassari.

Il prof. Giuseppe Franchini è nominato membro associato straniero della Società di medicina tropicale di Parigi.

Il dott. Marcello Zappia è risultato per concorso direttore del Consorzio antitubercolare provinciale di Napoli.

Il prof. Mazzini Volpe è stato promosso maggiore generale medico.

Il dott. Von Deschwaden, di Lucerna, è stato eletto presidente dell'Associazione internazionale degli ospedali, in sostituzione del dott. R. Sand, dimissionario. La presidenza d'onore è stata offerta al principe Carlo di Svezia.

Il dott. Hermann Hoffmann, professore di psichiatria (clinica psichiatrica) a Tobinga, è nominato a Giessen.

Il dott. J. Arcoverde de Albuquerque Cavalcanti è nominato professore di chimica fisiologica alla Facoltà medica di San Paolo del Brasile.

Il prof. Maurice Chevassu è nominato ordinario di patologia chirurgica alla Facoltà medica di Parigi.

La Facoltà medica di Valenza (Spagna) ha eletto decano il prof. Manuel Báguena, titolare di patologia medica.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso medico di Tunisi.

Ricordiamo che sotto la presidenza del prof. Nicolle, direttore dell'Istituto Pasteur, dal 21 al 24 marzo 1934 si terrà il Congresso della Federazione delle società mediche d'Algeria e di Tunisia.

A questo Congresso possono prendere parte medici di altre regioni e nazionalità.

Il programma prevede rapporti, comunicazioni e conferenze. I rapporti e le comunicazioni riguardano specialmente « La sifilide nell'Africa del Nord ».

Il sen. prof. Nicola Pende di Genova parlerà su « La tutela igienica della crescenza fisica e psichica delle nuove generazioni ».

Il 24 marzo avrà luogo la prima riunione annuale idro-climatica della Tunisia. Il soggetto scelto è il seguente: « L'azione delle acque minerali sui sifilitici ».

La Società di Radiologia dell'Africa del Nord, approfittando di questo periodo scientifico, terrà anche la sua seduta annuale a Tunisi.

Un grande banchetto riunirà i Congressisti e le loro famiglie.

Il Comitato prevede una esposizione dove saranno raggruppati con metodo i diversi agenti terapeutici, gli articoli d'igiene e gli apparecchi sanitari.

Dopo le sedute di lavoro i congressisti avranno il piacere di prendere parte a delle escursioni che li condurranno presso i più pittoreschi paesaggi della reggenza, e d'apprezzare così il fascino che deriva da un circuito nel paese del Sole.

Delle riduzioni sui prezzi di viaggio saranno accordate ai congressisti e alle loro famiglie.

L'iscrizione al Congresso è di 35 fr. per i congressisti stranieri. L'iscrizione al banchetto, facoltativa, è di 65 franchi.

Il programma dettagliato delle escursioni, e i prezzi, saranno comunicati dietro richiesta.

Il Congresso è aperto a tutti i medici, farmacisti, dentisti, veterinari francesi e stranieri e studenti in scienze affini.

Per informazioni complementari e l'iscrizione dirigersi al dott. Plinio Soria, Maison de Médecine, Segretario del Gruppo Italiano, 25 Avenue de Paris, Tunisi.

La Fondazione Tomarkin.

Il nuovo Corso di Alta coltura medica della Fondazione Tomarkin, la quale ha sede in Locarno, sarà tenuto anche quest'anno a St. Moritz dal 5 al 18 agosto, e svolgerà temi di grande importanza, come quelli riferentisi alle malattie del cuore, alla nutrizione, alla pediatria, alla balneologia.

L'Italia sarà rappresentata anche quest'anno da illustri scienziati, fra i quali i proff. sen. N. Pende, direttore della Clinica Medica della R. Università di Genova; C. Frugoni, direttore della Clinica Medica dell'Ateneo di Roma; S. E. l'Accademico d'Italia prof. D. De Blasi, presidente della Sezione Medica del Consiglio Nazionale Ricerche; Valagussa, membro del Consiglio Superiore di Sanità; L. Zoja, direttore della Clinica Medica dell'Università di Milano; Ivo Nasso, direttore della Clinica Pediatrica di Milano; C. A. Ragazzi, medico capo del Comune di Milano; G. Fichera, direttore dell'Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro di Milano; S. Visco,

membro del Consiglio Nazionale delle Ricerche; on. Eugenio Morelli, direttore dell'Istituto « Benito Mussolini » di Roma.

Questi nomi, uniti a quelli di scienziati di altre Nazioni, bastano a far comprendere l'importanza del Corso, che riscuote largo consenso anche nel campo medico italiano.

Scuola medica ospitaliera di Roma.

La Scuola, presieduta dal prof. A. Carducci, ha organizzato due corsi speciali per medici condotti. L'uno (Corso A) avrà inizio il 15 febbraio 1934 ed avrà termine il 15 marzo: sarà però prorogabile fino al 30 marzo per quei medici che potranno trattenersi più di un mese. Avrà luogo negli Ospedali di S. Spirito, di S. Gallicano e del Bambin Gesù e nel R. Istituto di Medicina Legale. L'altro (Corso B) avrà inizio il 15 aprile 1934 e avrà termine il 15 maggio; sarà però prorogabile al 31 maggio per quei medici che potranno trattenersi più di un mese. Avrà luogo negli Ospedali del Littorio e di S. Giovanni.

Per essere iscritti ad uno dei due corsi (od ambedue) occorre farne domanda in carta semplice al Presidente, corredata dal certificato del Podestà che attesti essere il richiedente medico condotto in attività di servizio. Potranno eccezionalmente ottenere l'iscrizione anche medici statali, parastatali ed ospitalieri, in genere tutti i medici iscritti al Pubblico Impiego i quali, per motivi di servizio, non possano fruire (il che dovrà essere attestato da un certificato degli Enti da cui dipendono) di un periodo di permesso superiore a 30-45 giorni. La tassa d'iscrizione ad ognuno dei due corsi è di L. 200. Le iscrizioni al Corso A si chiudono il 10 febbraio, quelle al Corso B il 25 marzo.

Nei pomeriggi liberi gli iscritti potranno frequentare anche altri corsi comuni, pagando la relativa tassa di iscrizione.

Alla fine del corso sarà rilasciato a ogni allievo, che lo abbia regolarmente frequentato, un cumulativo diploma di frequenza. La Direzione si riserva, dietro domanda degli interessati, di far sostenere a questi un esame finale.

Per informazioni e iscrizioni, rivolgersi alla Segreteria della Scuola, Policlinico Umberto I, Roma (27).

Per la lotta contro il cancro a Trento.

Una riunione è stata tenuta recentemente dalla Sezione provinciale di Trento della Lega italiana contro il cancro, presieduta dal prof. Valdagni, il quale ha informato degli affidamenti avuti dal Prefetto e da Enti pubblici, a cui si era rivolto per avere aiuto, onde intensificare la lotta, secondo le previsioni stabilite in bilancio. All'uopo si è interessata la Prefettura con una circolare agli Ospedali, ai Comuni e agli ufficiali sanitarii della Provincia, perchè cooperino alla lotta contro il cancro, secondo le direttive che saranno impartite dalla Lega.

Misure fiscali contro i medici in Francia.

Una legge francese in data 23 dicembre 1933 stabilisce (art. 4) che i contribuenti sottomessi all'imposta sul « reddito di professioni non commerciali », sono tenuti ad avere un libro-giornale che riporti, di giorno in giorno e nei dettagli, gl'introiti professionali. Questo libro va tenuto per ordine di date, senza spazi vuoti o lacune o note aggiuntive marginali. Il controllore delle imposte può chiedere la visione dei libri e di tutte le pezze d'appoggio. Per le professioni soggette al segreto professionale, il libro-giornale comporta, riguardo alle somme percepite, un numero d'ordine, riprodotto sulle quietanze obbligatoriamente rilasciate ai clienti.

Il progetto di legge originale non contemplava il segreto professionale; ma poi è stato emendato: il segreto ora è, all'incirca, protetto.

Naturalmente la nuova legge ha sollevato vivaci proteste. Da parte dei medici, si rileva che essa presuppone, nei medici stessi, dei frodatori sistematici del fisco, che tentano di nascondere i loro introiti, mentre è notorio che i medici dànno molta parte della loro attività professionale gratuitamente o quasi. D'altra parte la nuova legge impone ai medici un lavoro fastidioso e vessatorio: devono portare con sè il libretto delle ricevute, a madre e figlia, e riempiere e rilasciare le ricevute, con marche da bollo; quando la sera stanchi si ritirano, devono annotare i dati in un libro-giornale, senza omissioni e senza errori. Questa contabilità commerciale non è adatta ad una professione libera, che per di più comporta periodi di vero strapazzo, come durante le epidemie.

I sindacati medici vanno ora svolgendo un'azione perchè la legge sia modificata.

Nuovo codice di etica medica in Czecoslovacchia.

La Camera dei Medici della provincia di Boemia ha pubblicato nuove regole deontologiche. Esse non differiscono molto da quelle consuete. Notiamo, per quanto riguarda la pubblicità fatta dai medici, che è consentita nei giornali politici solo per tre mesi da quanto l'attività professionale è stata iniziata o modificata; inoltre il medico può diramare una circolare ai colleghi della sua zona quando egli inizia la sua attività professionale o quando la modifica (per es., passa dalla medicina generale ad una specialità, apre un laboratorio, ecc.). Il medico può far affiggere una targa o una tabella solo nel luogo dove abita o visita. Essa deve contenere soltanto il nome, le ore di visita, i titoli accademici e la natura dell'attività professionale. Ogni altra forma di pubblicità è vietata. In particolare è rigorosamente interdetto di far distribuire dei foglietti al pubblico. Un medico non può avere più di un gabinetto di consultazione. È vietato di procedere a diagnosi e cure senza l'esame diretto dei pazienti. Non è consentita la richiesta di un posto, se non quando questo è libero.

Gli interessi e il buon nome dei colleghi devono essere tutelati, in particolare nel caso di sostituzione di un collega e nei consulti; le critiche eventuali ai colleghi non vanno fatte alla presenza di estranei.

Se per un paziente sono stati chiamati vari medici, il primo che giunge assume la cura. Non si può assumere la cura di un malato già in cura presso un altro medico, salvo nei casi di pronto soccorso. Il gabinetto del medico è però sempre aperto a qualsiasi malato. Questo ha sempre facoltà di chiedere un consulto, al quale deve partecipare il medico curante.

Le visite ispettive per le assicurazioni devono essere fatte in presenza del medico curante.

È obbligatoria l'assistenza gratuita ai colleghi.

E così via.

Assicurazione per medici di tutte le età in Spagna.

Per ordine del Ministero dell'Interno della Spagna, la cassa di previdenza per i medici, « Previsión Médica Nacional », deve, per lo spazio di tre mesi, accogliere iscrizioni di sanitari (medici, farmacisti, odontologici) di tutte le età. Il Consiglio d'Amministrazione della cassa ha stabilito che il detto periodo vada dal 1° dicembre 1933 al 28 febbraio 1934. Devono essere soddisfatte varie condizioni stabilite dal regolamento. Trascorso detto periodo, l'età limite sarà, come era prima, di 46 anni (art. 35 del regolamento).

Un po' dovunque.

Si sono adunate, in tornata ordinaria, le classi della Reale Accademia d'Italia.

In seguito a disposizioni superiori, tutti i Congressi sindacali sono differiti ad epoca da destinarsi; quindi lo è anche il Congresso del Sindacato nazionale fascista dei medici.

Nel maggio prossimo, contemporaneamente al raduno dei medici sardi, avrà luogo a Cagliari il Congresso della Sezione italiana della Società Internazionale di Microbiologia. Il Congresso sarà presieduto dai senatori Castellani, Lustig e Belfanti. Sono annunciate interessanti comunicazioni.

Sotto gli auspicî della Società di Neurologia e Psichiatria di Buenos Aires, presieduta dal dott. Luis Esteves Balado, durante i giorni 27-29 dicembre si sono svolte le « giornate neuropsichiatriche rioplatensi », nei locali dell'Associazione Medica Argentina a Buenos Aires.

La Sezione Laziale della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi si è adunata il 6 dicembre, sotto la presidenza del prof. E. Morelli, assistito dal segretario prof. A. Omodei Zorini, delegato regionale. Furono fatte comunicazioni dai soci: Cerutti, G. Luzzatto Fegiz in collaborazione di R. Rimini, G. Di Geromino; dettero tutte origine a discussione.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 12 gennaio sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. F. Donini. Furono fatte comunicazioni dai soci A. Dei Rossi ed E. Tagliaferro.

L'Associazione americana di chirurgia orale e plastica si è adunata a New York dal 16 al 18 novembre. Al banchetto annuale il dott. J. P. Webster di New York tenne una dissertazione su « Gaspare Tagliacozzo, padre della chirurgia plastica ».

Al Sanatorio militare di Anzio, diretto dal prof. Bocchetti, il 27 gennaio si sono inaugurate nuove costruzioni che sostituiscono i più antichi padiglioni; si è celebrato anche il 15° anno di vita dell'istituzione, che è tra le più moderne ed efficienti della grande organizzazione antitubercolare d'Italia. Alla cerimonia intervennero il sottosegretario di Stato on. gen. Baistrocchi ed altre autorità e personalità.

S. M. la Regina si è recata a visitare l'Istituto superiore di odontoiatria « George Eastman », diretto dal prof. A. Perna.

La « New York University and Bellevue Hospital Medical College » ha aperto un ambulatorio specializzato per malattie professionali, destinato sopratutto alla diagnosi e al trattamento della silicosi, del saturnismo, delle dermatosi professionali e delle intossicazioni da benzolo.

Un corso complementare d'igiene pratica si terrà a Firenze, per aspiranti a posti nell'Amministrazione sanitaria, dal 1° marzo al 30 aprile; diritti L. 400,60. Rivolgersi alla Segreteria della Facoltà medica (piazza S. Marco 2).

Il prof. G. Sangiorgi, all'inaugurazione dell'anno accademico della R. Università « Benito Mussolini » di Bari, ha tenuto un brillante discorso sul tema « Malattie sociali e difesa della razza ».

Il prof. N. Pende ha tenuto una conferenza, nella grande sala del palazzo municipale di Nizza, su « La stirpe mediterranea », per invito della Società Medica e della « Dante Alighieri » di quella città.

Il prof. R. Paolucci ha tenuto una conferenza all'Accademia Medica di Ancona su « La diagnostica dell'ulcera gastro-duodenale ».

Il prof. P. Rondoni ha tenuto, alla R. Accademia Medica di Roma, una conferenza su « La biochimica del cancro ».

Il Ministero della Previdenza sociale e dell'Igiene del Belgio è stato soppresso, nell'ultimo rimaneggiamento ministeriale; la sanità è passata al Ministero dell'interno e dell'igiene, di cui è titolare l'on. Hubert Pierlot; l'ex ministro della previdenza e dell'igiene, conte Carton de Wiart, è nominato delegato permanente del Belgio alla Società delle Nazioni.

A Baltimora si è celebrato l'80° compleanno del prof. Karl Sudhoff, emerito di storia della medicina a Lipsia. Parlarono: H. E. Sigerist, suo allievo e successore, F. H. Garrison, bibliotecario e professore di storia della medicina alla scuola medica Johns Hopkins, ed altri. Venne allestita una mostra delle opere del Sudhoff.

In seguito ai danni cagionati agli occhi dalle tinture per le ciglia e per le sopracciglia, a causa del contenuto di derivati anilinici, in vari Stati del Nord-America se n'è proibito l'uso.

Il Tribunale Civile della Senna ha condannato i fratelli Antonino e Giambattista Pasteur, di Parigi, perchè mettevano in commercio dei prodotti sotto una ragione sociale che poteva ingenerare confusione con l'Istituto Pasteur di Parigi. Questo ha ottenuto 1 franco di danni e interessi, reclamato; inoltre i due Pasteur devono corrispondere 1000 franchi di contravvenzione, distruggere il marchio di fabbrica e provvedere alla pubblicazione della sentenza.

Per iniziativa del Sindacato medico fascista della provincia di Milano, il 23 gennaio, nell'Aula Magna della R. Università, fu solennemente commemorato il rimpianto dott. Valerio Valerio, volontario di guerra, decorato al valor militare e fascista del 1910. L'estinto, che aveva fatto parte del primo Direttorio del medesimo Sindacato, fu rievocato dal sen. Innocenzo Cappa.

A mezzanotte del 30 dicembre 1933 è morto improvvisamente a 54 anni il prof. PIERO LIGABUE, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Fiorenzuola d'Arda.

Dalla natura aveva sortito un forte, alacre ingegno, un tenace volere, una energia veramente infaticata. Ed io, che l'ho avuto allievo caro, mi sono sempre meravigliato che egli resistesse a tanta attività, poichè nel suo fisico, alto, slanciato, signorile, il pallore del viso e la spiccata magrezza stavano ad indicare che pari a quelle dello spirito non dovevano essere le resistenze dell'organismo. E infatti qualche anno fa dovette dar tregua al suo lavoro e farsi sostituire per un certo periodo nel suo Reparto chirurgico. Io lo vidi un anno e mezzo fa a casa sua quando aveva appena ripreso il lavoro e nell'altissimo senso del dovere che lo animava gli lucevano gli occhi, felice all'idea di riprendere la sua fervida, feconda attività. Ed aveva ripreso intensamente e le notizie che ci giungevano di Lui continuavano ad essere buone e, sopratutto le più recenti, erano tali da farlo ritenere ormai definitivamente ristabilito. Invece improvvisamente il suo cuore ha ceduto!

Nato a Suzzara nel 1879 si laureò nel 1906 con 110/110 all'Università di Modena dove io allora insegnavo e dopo un periodo di Assistentato volontario nel Reparto chirurgico dell'Ospedale di Suzzara da me allora diretto, nel 1907 diventò mio aiuto nell'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Modena e mi seguì poi come aiuto all'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Firenze, dimostrando notevoli attitudini alle ricerche scientifiche e spiccatissime attitudini operatorie.

Nel 1914 ottenne la Libera Docenza per titoli in Patologia Chirurgica. Successivamente fu Chirurgo all'Ospedale di Castelnuovo di Garfagnana. Scoppiata la guerra prestò ininterrotto servizio militare prima come Capitano, poi come Maggiore Medico Capo Reparto. Dal 1920 ad ora ha tenuto il posto di Chirurgo Primario dell'Ospedale civile di Fiorenzuola d'Arda che egli portò ad uno straordinario sviluppo con oltre cento letti di Chirurgia, in una fenomenale attività operatoria, praticandovi dal 1920 al 1933, malgrado l'accennata sospensione per salute, oltre quindicimila operazioni ed acquistandosi in vastissima zona una grande notorietà in una atmosfera di calde simpatie suscitate dal suo valore e dalla nobiltà del suo animo.

Durante il periodo in cui fu Aiuto di Patologia Chirurgica nelle Università di Modena e di Firenze ha portato solidi contributi alla Patologia ed alla Clinica con lavori scientifici, sperimentali e clinici, pubblicati sulle nostre Riviste di Chirurgia e all'estero. Fra i più importanti ricordo quelli sulla *laparotomia semplice nella peritonite tubercolare*, sulla *colecistite*, sugli *endoteliomi dell'ovaio*, sulle *aderenze peritoneali*, sulla *spina bifida*, sulla *mano torta congenita*, sui *linfangiomi cistici e le cisti sierose congenite* e pubblicò un voluminoso *Rendiconto* della mia Clinica in cui apparve tutta la sua serietà e la sua precisione nella raccolta e nella esposizione del materiale ed il suo illuminato senso clinico. Aveva le doti necessarie per l'agone universitario se avesse voluto volgersi ad esso.

Ha avuto funerali resi imponenti dal cordoglio universale, unico conforto alla Moglie sua ed ai suoi figli affranti. A me suo Maestro in comunanza ininterrotta di affetto con Lui nel dolore della sua dipartita rimane il ricordo caro delle sue virtù.

Prof. GEROLAMO GATTI.

Dopo lunga malattia è spirato, in età di 67 anni, il prof. RODOLFO STANZIALE, direttore della Clinica dermosifilopatica dell'Università di Napoli. Fra le sue benemerenze fu la creazione dell'Istituto radioterapico, il quale, unico in Italia per ricchezza di apparecchi e numero d'infermi curati, svolge opera filantropica verso i malati di tubercolosi cutanea e di cancro. M. P.

Indice alfabetico per materie.

Anafilassi e anti- . . . . Pag. 184
Bibliografia 187, 188
Blu di metilene nel trattam. delle intossicazioni da cianuro e da ossido di carbonio . . . . » 186
Calcagno: fratture . . . . » 183
Cardiaci: cause dell'insufficienza cardiaca . . . . » 189
Cardiaci: emiplegie ed afasie transitorie » 189
Cardiopatie: trattam. con insulina e glucosio . . . . » 189
Cuore: azione dell'adrenalina sul ritmo » 190
Cute: prova del riassorbimento di Donath e Tanne . . . . » 163
Enzimi cristallizzabili . . . . » 191
Ernia dello hiatus diaframmatico: sindromi anginose . . . . » 189
Gangrena dei diabetici . . . . » 184
Ginocchio: ferite e flogosi purulente . » 180
Giurisprudenza sanitaria: quesiti . . . Pag. 193
Iperinsulismo spontaneo (nuova sindrome definita) . . . . » 176
Ipertensione arteriosa: trattamento . . » 190
Istituto della Sanità pubblica 192, 194
Larve di mosche: allevamento . . . . . » 192
Neuralgia intercostale sintomatica di ulcera gastrica e duodenale . . . . . » 168
Nuoto: sviluppo infantile in relazione al — . . . . » 174
Pressione arteriosa nelle alterazioni cardio-vascolari . . . . » 189
« Shock » da calcio: terapia e profilassi » 166
Stupefacenti: nuove norme per lo smercio . . . . » 195
Tonsillectomizzati: formola leucocitaria » 190
Tumori maligni: per la lotta contro i — » 191
Vigilanza sanitaria sul personale degli spacci di generi alimentari . . . . . » 194

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

☞ *Ricordiamo la recentissima pubblicazione:*

Prof. PAOLO GAIFAMI Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Bari

Conversazioni e Lezioni Ostetrico-Ginecologiche

Manuale ad uso dei medici pratici

Prefazione del Prof. Sen. E. PESTALOZZA

Riportiamo l'Indice Generale delle 7 parti:

PREFAZIONE. — PREMESSA.

PARTE PRIMA

La Pagina del Medico Pratico: L'uso della sonda ginecologica. — Una errata indicazione del raschiamento ginecologico. — La cosidetta piaga del collo dell'utero. — La sifilide dell'utero. — I raggi X nella diagnosi ginecologica. — Gli endometriomi ovarici e pelvici. — Appunti sulla opoterapia ovarica in ginecologia. — Le iniezioni endovenose di urotropina nella pratica ostetrico-ginecologica. — L'interventismo ostetrico americano. — La ospedalizzazione delle eclamptiche. — La profilassi delle intossicazioni gravidiche. — La vaccinizzazione nella profilassi della infezione puerperale. — Di alcune controindicazioni agli estratti ipofisari nel parto. — Il forcipe di Kielland al medico pratico? — Su una nuova modalità di taglio cesareo conservatore. — Adagio con la isterectomia precesarea. — Sui limiti del taglio demolitore, sulla sterilizzazione della donna; sulla conservazione delle ovaie dopo isterectomia.

PARTE SECONDA

Cose viste (*Pagine per il medico pratico*): Infezione puerperale grave dopo parto gemellare operativo. — Fibroma cervicale causa di ostacolo insormontabile al parto. — Il veratro verde nella cura della eclampsia puerperale. — A proposito di aborti incompleti febbrili. — La cura della minaccia di aborto. — Ipertrofia del collo causa di distocia. Febbre in travaglio di parto; morte endouterina e putrefazione del feto; timpanismo uterino; infezione puerperale mortale. — Emorragie tardive del puerperio ed errori diagnostici in tema di ritenzione placentare. — Le complicazioni puerperali della gonorrea e loro profilassi in gravidanza. — A proposito di una mola vescicolare trascurata e della denunzia degli aborti. — A proposito di un caso di tubercolosi della portio e sulla biopsia ginecologica. — Sui limiti della attesa nella assistenza ostetrica. — C'è un limite negli esperimenti di terapia ostetrica.

PARTE TERZA

Errori Ostetrico-Ginecologici: Gli errori ostetrici e ginecologici. — Torsione sul peduncolo, con emorragia endocistica grave, di una cisti voluminosa dell'ovaio destro, al 6° mese di gravidanza. — Recidiva di gravidanza extrauterina mentita da aderenze omentali. — A proposito di gravidanza extrauterina a termine misconosciuta. — A proposito di un caso di fibroma dell'utero scambiato, a ventre aperto, per gravidanza settimestre. — Una non comune causa di metrorragia. Sanguisuga penetrata spontaneamente nel collo uterino e simulante un polipo cervicale. — Alcuni dei più comuni errori ginecologici del medico pratico. — Saggio di errori ostetrici da evitare.

PARTE QUARTA

Perizie Medico-Legali: In tema di responsabilità medica nella putrefazione del liquido amniotico, nella infezione puerperale, nelle lacerazioni perineali. — A proposito di imputabilità medica in tema di infezione puerperale e di lacerazioni genitali. — In tema di imputabilità medica nella infezione puerperale e per una migliore tutela della maternità. — Problemi ostetrici e medico-legali a proposito di una rottura dell'utero misconosciuta in parto a termine operativo per presentazione di spalla. — Sulla necessità di assicurarsi della indicazione medica prima di provocare un aborto. — Il consulto medico obbligatorio prima di provocare un aborto. — Della precipitazione e della incompetenza nei referti in tema di aborto. — Morte improvvisa in gravidanza. — Aborto nella bara o aborto criminoso?

PARTE QUINTA

Lezioni: In tema di assistenza all'aborto (con un contributo alla gravidanza senza amenorrea). — Sulle perforazioni strumentali dell'utero gravido. — Problemi diagnostici in tema di annessiti. — Tre storie di tumori ovarici. — Tumori ovarici in gravidanza. — Corioepitelioma a lunga latenza (tre anni) con metastasi vaginali multiple e polmonari. Isterectomia. Asportazione delle masse vaginali. Radioterapia polmonare. — Per la più tempestiva diagnosi e per la più efficace cura dei tumori maligni dell'apparato genitale femminile. — I tumori maligni della vulva e della vagina. — A proposito di una vasta fistola vescico-cervico-vaginale. — Febbre di Malta e puerperio.

PARTE SESTA

Lezioni alle Levatrici: Sulla asfissia fetale. — Il compito della levatrice nella Puglia; la determinazione del sesso. — La missione della levatrice. — L'opera della levatrice nella profilassi ginecologica e nella tutela della maternità. — Le doti che si richiedono dalle levatrici. — Le levatrici e la profilassi ostetrica. — È o non è una infezione puerperale? — La buona e la cattiva levatrice. — A proposito di infezione puerperale, di esercizio abusivo e dell'assistenza ostetrica rurale. — I limiti di azione della levatrice nella assistenza ostetrica.

PARTE SETTIMA

Note Sociali: Le provvidenze del Regime per la tutela della maternità. — Come diminuire la natimortalità. — In tema di profilassi ostetrica. — Le Colonie marine nella profilassi ginecologica. — I consultori dell'O. N. M. I. — Consigli alla donna gravida.

Volume di pagg. XII-544, nel quale sono trattati, nel complesso, 70 argomenti di ostetricia e ginecologia di **eccezionale interesse pratico,** svolti in forma piana e nello stesso tempo vivace, come è consuetudine dell'Autore.

Prezzo del volume L. **50,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, franco di porto in Italia per sole L. **45** e per l'estero L. **55** causa le maggiori spese occorrenti per la spedizione raccomandata.

AVVERTENZA. — La nostra Amministrazione per agevolare quei ritardatari che non abbiano posto attenzione ai nostri precedenti avvisi circa il termine del 31 gennaio u. s. per pagare il suddetto volume sole L. **25** anzichè L. **50,** ha ottenuto, dalla Casa Editrice, che tale termine venga prorogato di altri 20 giorni da oggi 5 febbraio.

N. B. - *Per l'estero il termine è prorogato invece di altri 40 giorni da oggi, e gli abbonati, alle L.* **25**, *dovranno aggiungere L.* **10** *per le maggiori spese occorrenti per la spedizione raccomandata.*

ANNO XLI Roma, 12 Febbraio 1934 - XII Num. 6

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lezioni: A. Gasbarrini: Ematuria di origine oscura.
Lavori originali: G. D'Agata: Appare giustificato l'impiego dei tendini artificiali in seta nelle paralisi degli arti?
Osservazioni cliniche: G. Zanetti: Considerazioni circa un diverticolo vescicale rinvenuto durante operazione per ernia inguinale. (Diverticulectomia; guarigione).
Apparecchi e strumenti nuovi: A. Lanzerini: Contributo alla tecnica della misura comparativa degli emiperimetri toracici. Il Toracimetro differenziale a ritorno automatico.
Sunti e rassegne: ORGANI DIGERENTI: E. Benhamou: Le gastrorragie. — Ch. Watson, J. Geoghegan, C. B. Heald, H. E. Griffiths: Sulla stitichezza e i problemi connessi. — G. Petta: Cisti congenita del cieco e invaginazione ileo-cecale. — ORECCHIO: D. Guthric: Le sindromi auricolari acute nella pratica generale. — Macleod Yearsley: Otosclerosi: etiologia e cura.
Divagazioni: Riflessi condizionali e abitudini.
Notizia bibliografica. — Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Medico-Chirurgica Veneziana.
Appunti per il medico pratico: DALLA PRATICA CORRENTE: A. Valenzi: Emorragie vaginali da ustioni da permanganato di potassio in pastiglie, introdotto a scopo abortivo. — CASISTICA E TERAPIA: L'edema climaterico. — L'influenza della vita sessuale della donna nella etiologia delle pielonefriti. — L'irudinizzazione delle flebiti e nelle forme infiammatorie ginecologiche. — L'acido picrico nelle metriti del collo. — La cura della colpite da tricomonas vaginalis. — L'abuso delle iniezioni vaginali. — Un particolare di tecnica nell'amputazione della mammella per cancro. — IGIENE: La lotta antimalarica nell'Agro Romano. — MEDICINA SCIENTIFICA: Calcificazione del carcinoma di Twort nel topo (in vivo) per mezzo di viosterolo. — VARIA. — POSTA DEGLI ABBONATI.
Nella vita professionale: RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO: A. Franchetti: Saturnismo da farina. — MEDICINA SOCIALE. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretto dal prof. A. GASBARRINI.

Ematuria di origine oscura.

Lezione clinica del prof. A. GASBARRINI, dirett.
Raccolta dal dott. G. BASSI, assistente.

Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare della p. (B. A.), giacchè i nonni, i genitori e due fratelli di essa sono viventi e sani. Normale anche l'anamnesi fisiologica, all'infuori di quanto si riferisce al corso mestruale: il flusso si presentò a 11 anni, i successivi furono sempre abbondanti ed anticipati, costituiti da sangue molto scuro e denso ed accompagnati non di rado a fittissimi dolori di capo, specie frontali, ai quali si aggiungeva talora vomito o conati di vomito. Da due anni l'inferma è entrata in menopausa, intervenuta senza particolari disturbi; da allora peraltro l'inferma ha rilevato scarse perdite genitali biancogiallastre, che perdurano tuttora. A 20 anni sposò uomo apparentemente sano, che però, dopo 5 anni di matrimonio, diede improvvisamente segni manifesti di pazzia, per cui fu ricoverato in manicomio, ove morì 16 anni dopo.

Dal matrimonio nacquero 4 figli, dei quali uno morì a 21 anni per infezione tetanica, un altro è ricoverato in un ospedale psichiatrico per una forma analoga a quella del padre (mania religiosa); gli altri due sono sani. L'inferma non ha avuto mai aborti. Essa è modica mangiatrice, non bevitrice.

Ha sofferto i comuni esantemi in tenera età e d'allora è stata sempre bene, malgrado i disagi fisici, a cui si è sottoposta, specie durante la guerra. L'unico disturbo, di cui ha sempre sofferto, è costituito dalle già menzionate cefalalgie in rapporto con il periodo mestruale.

L'inizio della attuale malattia fu brusco, non preceduto da alcun disturbo prodromico, ove si eccettui una certa astenia, che l'inferma poneva in rapporto con le fatiche del suo lavoro di domestica.

Quattro giorni fa, improvvisamente, verso le ore 14, mentre lavorava, avvertì un forte dolore al fianco destro, localizzato in seguito e meglio circoscritto alla regione lombo-renale dello stesso lato; tale dolore non aveva tendenza a cessare, e tre o quattro ore dopo fu seguito da un intenso brivido di freddo, al quale succedette una diffusa sensazione di caldo, seguita poi da profuse sudorazioni. Si mise a letto e riscontrò una temperatura febbrile di 39°,6. Nei giorni che seguirono la temperatura rimase sempre elevata e continua, accompagnandosi a violenti dolori di testa, lieve fotofobia, dolori muscolari, mentre il dolore della

regione lombare destra, sempre intenso ed immobile riguardo la sua localizzazione, non subiva alcuna attenuazione.

Tale dolore non ha mai avuto irradiazioni, nè verso il basso, nè verso le spalle, mai nemmeno verso le regioni inguinali o al basso ventre.

La sera stessa in cui si mise a letto l'inferma notò che le urine erano diventate scurissime, quasi nere; da allora esse hanno mantenuto tale aspetto anormale. Regolarmente si è sempre compiuta la diuresi: la minzione non si è mai accompagnata da dolori, bruciori o altri disturbi. Non pollacchiuria. L'inferma, che prima della malattia aveva regolari e normali funzioni intestinali, ha ora l'alvo chiuso dal giorno precedente la malattia.

L'obbiettività vi dimostra che l'inferma è in buono stato di nutrizione e sanguificazione. Essa giace in decubito indifferente, il suo viso non tradisce alcuna sofferenza, ed essa è perfettamente orientata.

L'apparato linfoghiandolare è indenne. Praticamente nulla a carico dell'apparecchio respiratorio.

Per quanto si riferisce all'apparecchio cardiovascolare, nulla di particolare all'infuori di un secondo tono polmonare talora sdoppiato, e di un secondo tono aortico lievemente vibrato. Il polso è ritmico regolare, batte con una frequenza di 92 rivoluzioni al m', e forse un po' più duro che di norma. La pressione arteriosa, misurata all'omerale d. dà i seguenti valori: Mx. 155, Mn. 85 al Riva Rocci.

A carico dell'apparato digerente si nota: che la lingua è impaniata e alquanto arida e che l'istmo delle fauci è modicamente arrossato.

L'addome si presenta voluminoso, alquanto sfiancato, con numerose strie gravidiche ed una netta diastasi dei retti. È ovunque ben trattabile, modicamente meteorico, non dolente alla palpazione.

Il fegato si fissa con la percussione, in alto, in corrispondenza del margine superiore della 5ª costola sull'emiclaveare d. Il margine inferiore si palpa nelle profonde inspirazioni sotto l'arco costale.

Il viscere ha consistenza pressochè normale, è rotondo, liscio, indolente. Il margine superiore della milza si fissa percussoriamente alla 7ª costola sull'ascellare media; il polo inferiore si palpa un dito sotto l'arco costale, apparendo l'organo di consistenza lievemente aumentata, liscio, indolente.

Nulla all'ispezione per quanto si riferisce alle regioni lombo-renali, che appaiono simmetriche, non sporgenti, alla palpazione non offrono difesa muscolare. La palpazione a scosse delle stesse regioni riesce perfettamente indolente a sinistra, leggermente dolente a destra. Bimanualmente non si riesce ad apprezzare il polo inferiore dei due reni: solo, a d., si riceve la sensazione vaga di palpare una resistenza, che si abbassa nell'inspirazione. A carico del sistema nervoso si nota assenza completa dei riflessi achillei; assenza del rotuleo di destra, mentre il sinistro è appena apprezzabile; provocabili i plantari, in flessione. Le pupille sono rotonde, ma la destra non ha contorni perfettamente regolari; esse sono egualmente ampie, reagiscono bene alla luce, alla convergenza, alla accomodazione. Assente il Romberg.

Prima di passare al laboratorio, voglio riassumervi brevemente l'andamento della malattia nei tre giorni di degenza dell'inferma in Clinica. All'ingresso la p. era altamente febbrile e lamentava un dolore insistente, spontaneo, ma non molto forte, localizzato e circoscritto alla regione lombo-renale destra. Obbiettivamente però l'esame clinico non permetteva di rilevare nulla di diverso da quanto si può ora mettere in evidenza. Già all'ingresso le urine erano fortemente ematiche, e lasciavano spontaneamente sedimentare uno strato costituito da elementi figurati del sangue. Nella notte seguente e durante tutta la giornata successiva la temperatura rimase alta, il carattere delle urine non si modificò e la p., sottoposta a clisteri evacuativi, ebbe il beneficio dell'alvo. Nel la notte fra il secondo e il terzo giorno la temperatura discendeva bruscamente a 36° fra profuse sudorazioni.

I dolori spontanei della regione lombo-renale destra diminuirono notevolmente. Alle ore 14 del terzo giorno l'inferma emise spontaneamente urina assai chiara rispetto a quella dei giorni precedenti, per quanto ancora ematica, ma contenente grandi quantità di leucociti degenerati, come risultò all'esame microscopico. Nelle ore del pomeriggio e della sera la temperatura risalì verso i 38°; a mezzanotte la inferma emise urine di nuovo fortemente ematiche. Stamane essa è apirettica, si sente bene e non accusa dolori o disturbi di sorta; in due successive minzioni ha emesso urine di colorito meno carico (giallo aranciato) con minuscoli fiocchi di muco e di pus, rilevati al microscopio. In tutti i giorni di degenza l'inferma non ha mai lamentato dolori al basso ventre; non bruciore, nè disturbi della minzione; non disuria. La diuresi si è mantenuta normale per quantità: fra 1000 e 1300 cc. nelle 24 ore.

E veniamo al laboratorio: avete già sentito dal riassunto dei diari le variazioni presentate dalle urine: all'ingresso esse si presentavano torbide, di colorito bruno-rossastro, contenevano albumina in grandissima quantità, nel sedimento si osservavano globuli rossi ben conservati e colorati, formanti quasi un tappeto e accanto a questi numerosi decolorati, ad anello. Anche i globuli bianchi erano in discreto numero, mentre non si osservavano elementi renali. Nelle urine emesse nel 2° giorno di degenza furono trovati, come avete sentito, moltissimi globuli bianchi in degenerazione granulo-grassa. Negli esami successivi le emazie sono andate rapidamente diminuendo di numero, mentre restava elevato quello dei globuli bianchi. L'ultimo esame eseguito questa mattina: dimostra rarissimi globuli rossi, quasi tutti bene conservati e numerosissimi globuli bianchi.

Nulla a carico del sangue (gl. r. 4.750.000, Hb. 97 %; val. glob. 1,03), se si prescinde da una modica leucocitosi (10.600) con 18 % linfociti, 5 % monociti, 76 % neutrofili e 1 % basofili.

La reazione di Wassermann è risultata nettamente positiva.

L'azotemia ha dato un valore di 0,747 per mille (espressa in urea, secondo il metodo di Ambard). Positiva la prova del laccio; negativa la prova di Hess. Il tempo di emorragia si è compiuto in 2 minuti; normale il numero delle piastrine (247.000, metodo di Fonio).

Il prof. Comolli ha praticato nell'inferma la cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri, trovando: vescica ampia, che accoglie facilmente i primi 300 cc. di liquido, in tutta la zona del trigono mucosa fortemente tumefatta, edematosa, **in par-**

te ricoperta di essudati biancastri, con qua e là qualche piccola macchia emorragica; apparecchio vescicale facilmente sanguinante alla pressione; sbocchi ureterali appena visibili, come una sottilissima fessura. L'indaco carminio fuoriesce da ambedue i cateteri contemporaneamente dopo 22 minuti. Identico risultato ha offerto l'esame delle urine defluenti dall'uretere di d. e di s. e cioè: tappeto di globuli rossi abbastanza ben conservati, moltissimi globuli bianchi, non cilindri.

L'esame ginecologico, eseguito dal prof. Maurizi il 15-III-1933, ha dato: genitali di pluripara. Mucose un po' arrossate. Vagina molto irregolare, rugosa per cicatrici antiche. La vagina termina a fondo cieco. Portio piccola, regolare. Corpo uterino piccolo, mobile. Nulla agli annessi.

L'esame radiologico del 16-III-1933 ha dato con la pielografia ascendente: rene d. lievemente ptosico; bacinetto d. un po' più grande del sinistro (lieve grado di idronefrosi); non dimostrabili inginocchiamenti dell'uretere; normali i calici. Rene s.: bacinetto normale e uniformemente iniettato. Scarsa la replezioni della regione distale del calice centrale, dove i margini appaiono leggermente irregolari e sfumati. Non visibile però alcuna formazione sacciforme, per cui non si crede di attribuire grande valore a questo reperto. Non visibili ombre calcolose. Regolare il decorso dell'uretere.

Il quadro clinico offerto dalla nostra P., è dominato da un'ematuria, cioè, da emissione spontanea di urina commista a sangue o, meglio ancora, a tutti gli elementi del sangue. Si tratta di un sintoma che ricorre di frequente nella pratica medica e riveste un'alta importanza clinica: dall'esatta valutazione della sua origine e del suo significato derivano quasi sempre la prognosi e la condotta terapeutica. Dobbiamo confessare come in non pochi casi si presenti oltremodo difficile il compito della precoce diagnosi di sede e di natura del male, di fronte al sintoma « ematuria ». E pensare che ai fini della terapia si impone spesso una diagnosi il più precoce possibile!

Il primo quesito da risolvere qui è il seguente: si tratta di ematuria o di emoglobinuria? Noi affermiamo trattarsi di ematuria. L'emoglobinuria, infatti, pur potendo trarre in inganno il medico, allorchè dà un colorito rosso-scuro alle urine, simile a succo di carne, è qui da escludere, perchè l'urina stessa appare limpida negli emoglobinurici, e senza un notevole sedimento. L'esame delle urine, a differenza di ciò che si ha nell'ematuria, fa rilevare appena qualche ombra di globuli rossi. Aggiungiamo anche che si tratta qui di ematuria intensa.

Il metodo più semplice per studiare un'urina ematica consiste nel raccogliere questa in un bicchiere a calice: in caso di ematuria (come nella nostra P.) vedrete depositarsi nel fondo uno strato più o meno abbondante, di color rosso-scuro, costituito da emazie, che, ad un'indagine microscopica, appariranno a cerchiello. In caso di piuria, come nel nostro, associata ad ematuria, il pus si raccoglierà nel fondo del bicchiere, al disopra di esso figurerà il sedimento di globuli rossi, e quindi la colonna di urina, tinta più o meno dall'emoglobina disciolta.

Un secondo quesito dobbiamo porre, che ci sembra di poter qui risolvere assai agevolmente, escludere, cioè, che non si tratti di uretrorragia, nè di flusso mestruale commisto alle urine. Se fosse in giuoco un'uretrorragia, soltanto la prima parte delle urine emesse apparirebbe tinta in rosso, mentre negli intervalli fra una minzione e l'altra si vedrebbe scolare dall'uretra sangue vivo, goccia a goccia: l'uretrorragia può, infatti, definirsi come una vera epistassi uretrale. E che si tratti di flusso mestruale neghiamo, perchè in tal caso le urine non appaiono sanguinolente anche nell'estrazione diretta dalla vescica a mezzo del catetere, come nella nostra inferma.

Inoltre la P. non è mestruata, nè ha finito da poco il suo mestruo (essa è in menopausa). L'indagine microscopica di queste urine inoltre ci denuncia che oltre ad essere commiste a sangue, esse sono puruloidi.

Un altro criterio, oltre lo studio dell'emissione delle urine, per stabilire la sede dell'emorragia, consiste nello studio dei grumi, che forniscono, fino ad un certo punto, lo stampo delle varie sezioni delle vie urinarie, a seconda della sede in cui l'emorragia avviene. Allorchè quindi l'ematuria sarà di origine renale, potremo avere, da parte dei grumi, riprodotto lo stampo dei canalicoli renali, ed all'esame microscopico del sedimento si troveranno molti cilindri ematici; se l'emorragia è in sede ureterica, potremo osservare dei grumi piuttosto lunghi, vermiformi, riproducenti la forma, il diametro e la curva dell'uretere: essi peraltro si rivengono raramente. In caso di ematuria vescicale, ristagnando il sangue in questa cavità, potranno più frequentemente formarsi i coaguli, di forma e volume variabili.

Orbene, checchè sia stato detto o sia stato scritto nei trattati, la forma ed il volume dei coaguli ci danno indicazioni piuttosto infide. Per la diagnosi di sede dovremo quindi ricorrere a dei mezzi più sicuri, di cui dispone oggi l'indagine urologica.

Prima di addentrarci a considerare questa diagnosi di sede, è bene fissare i punti fondamentali dell'indagine storica nella nostra P., e cioè: l'inizio brusco dell'ematuria senza causa apparente, senza prodromi, con sintomi locali (dolore violento alla regione lombo-renale d.), con sintomi generali (febbre preceduta da brivido intenso e seguita da sudorazioni profuse, continua), cefalea frontale, fotofobia, dolori muscolari diffusi, stipsi ostinata, nessun disturbo della minzione, ematuria abbondante, la quale, dopo otto giorni e con qualche alternativa, volge verso la risoluzione.

E veniamo alla diagnosi di sede dell'emor-

ragia. Per stabilire il luogo di origine dell'ematuria, si suole ricorrere alla prova dei tre bicchieri (Guyon).

Qualora l'emorragia sia di origine renale o reno-ureterale, le prime saranno ugualmente ematiche in ciascuno dei tre bicchieri (ematuria totale); se invece si tratterà di emorragia del collo della vescica o dell'uretra posteriore, saranno tinte di sangue soltanto le urine raccolte nel primo bicchiere (ematuria iniziale); infine l'origine vescicale dell'ematuria sarà sospettata soltanto quando le urine del primo bicchiere si presentino normali, mentre più o meno sanguinolente siano quelle del secondo e del terzo, e soprattutto del terzo (ematuria finale). Nel caso nostro l'ematuria è totale: escludiamo quindi l'origine bassa di essa. Ma l'escludiamo soprattutto per l'assenza di sintomi vescicali (pollachiuria, tenesmo, cistalgia etc.), per quanto non si debba dimenticare che la mancanza di questi disturbi non è ancor sufficiente per escludere la sede vescicale del sangue urinario, essendo ormai noto che alcune forme di papillomi o di carcinomi villosi della vescica possono essere causa di ematurie più o meno abbondanti e durature, senza essere accompagnate da disturbi vescicali; e perchè, d'altra parte, i sintomi possono coesistere ad ematuria di origine indubbiamente renale o dei bacinetti, determinata per via riflessa (riflesso reno-vescicale) o per l'associazione di un processo cistitico. Da ciò risulta come si debba per la diagnosi di sede dell'ematuria, tener conto soprattutto dell'esame clinico delle vie urinarie. I punti ch'io richiamo alla vostra attenzione nei riguardi della obiettività e degli esami di laboratorio eseguiti nella nostra P. sono: che il rene s. non è palpabile, mentre lo è appena quello di d., il quale appare indolente; soltanto la palpazione a scosse suscita un lieve dolore nella regione renale d. Affatto indolente è la regione ipogastrica, mentre con l'esame vaginale non si riesce a provocare nessuna molestia in corrispondenza del basso fondo della vescica. Aggiungete il reperto dell'esame generale, il quale ci informa sull'integrità dell'apparecchio polmonare e del centro circolatorio, risultando soltanto leggermente alta la pressione arteriosa. La milza poi è alquanto ingrandita e più dura della norma. Dal lato ematologico tenete conto del lieve grado di leucocitosi con polinucleosi neutrofila. Nessun valore particolare possiamo attribuire all'azotemia un po' alta (0,74 per mille), essendo la nostra inferma febbrile. Tenete a mente che la reazione di Wassermann è risultata intensamente positiva, mentre negativa è stata la cutireazione alla tubercolina; ma soprattutto ricordiamo che è ritardato il tempo di emorragia, positivo il segno del laccio, diminuito il numero delle piastrine. Infine, a carico del sistema nervoso, la constatata rigidità pupillare alla luce, l'assenza dei riflessi achillei e patellari, nonchè dei cutanei.

*
* *

Passiamo ora a discutere la diagnosi di natura: possiamo senz'altro scartare alcune possibilità, così un'*ematuria traumatica*: una contusione del rene, come è noto, è seguita per lo più da sintomi generali (shoc, sudori, vomito, singhiozzo) e da sintomi locali (dolore, contrattura della parete addominale, ecchimosi, ematuria). L'emissione di sangue con le urine può peraltro mancare, allorchè un coagulo chiuda l'uretere. In alcuni casi l'emorragia compare subito dopo il trauma; in altri essa è tardiva e può, per complicazione settica, associarsi a piuria (ascesso renale, perirenale, pionefrosi). Nel caso nostro è da escludere un'ematuria traumatica, perchè la P. non ha mai riportato un trauma in sede renale. Nè possiamo pensare ad un'*ematuria da rene mobile d.* e conseguenti brusche angolature dell'uretere essendo lievissimo il grado di ptosi di questo viscere. Sappiamo che nel rene mobile di alto grado può, accanto all'ematuria, insorgere per torsione dell'uretere una sintomatologia imponente, rappresentata da dolori nella loggia renale, fenomeni di shoc, e ciò con inizio brusco. All'ematuria si associano in tal caso oliguria e pollachiuria; il rene appare altresì più o meno aumentato di volume.

Si tenga presente che in questi casi il viscere è malato per lesioni parenchimali. Nel sedimento urinario quindi, accanto alle emazie si dimostrerà un cilindruria ed una piuria. Scartiamo parimenti un'ematuria da uronefrosi, in cui, pur non mancando sovente i dolori, come nel nostro caso, non fa mai difetto una netta intumescenza del rene, è si constatano altresì variazioni quantitative nell'emissione dell'urina. Può trattarsi allora di *ematuria da tubercolosi renale d.?* La tubercolosi renale può essere causa di ematurie ora abbondanti, precoci, paragonabili alle emottisi premonitorie della tbc. polmonare (Maragliano), ora modeste, talora microscopiche (micro-ematuria) associate a piuria per cistite tubercolare secondaria. Orbene, nel caso nostro dobbiamo scartare tale ipotesi, perchè mancano disturbi vescicali, e voi sapete che la cistite è molte volte la spia dell'infezione tbc. del rene. Quante cistiti non gonococciche, che si riscontrano in soggetti giovani, anemizzati, sono espressione di una concomitante tbc. renale! Lo stesso dicasi della piuria acida.

Orbene, se nel nostro caso, sia i dolori alla regione renale d., sia l'ematuria associata a piuria possono fino ad un certo punto farci sospettare una tbc. renale, tale diagnosi è contraddetta, oltrechè dall'assenza dei disturbi vescicali, come si è notato, dalla mancanza di

palpabilità del rene d. dolente, nonchè dal non aver trovato il b. di Koch nelle urine. Certo la negatività di questo reperto non ha valore assoluto, potendo da una parte essere scarso il numero dei bacilli tubercolari nel sedimento od essere questi sopraffatti da altri germi e dagli elementi del sangue e dai corpuscoli purulenti; infine, perchè si ritrovano spesso nelle urine bacilli acido-resistenti (pseudotubercolari. Si consigliano in simili casi l'arricchimento, metodi particolari di colorazione, la prova biologica della cavia, ecc.

Nella nostra paziente non abbiamo segni di tubercolosi renale, desumibili dalle radiografie semplici e speciali, dalla pielografia ascendente e discendente; aggiungiamo, come sarà meglio detto di qui a poco, che il reperto cistoscopico non rileva segni di lesione tubercolare in sede vescicale. Ma oltre tutto scartiamo la tbc. renale d. in base alla mancanza assoluta di tare ereditarie specifiche, alla negatività completa, a questo riguardo, dell'anamnesi della nostra paziente, alla cutireazione negativa e all'assenza completa di lesioni tubercolari a carico del polmone e dell'apparato genitale. Potrebbe trattarsi di una *ematuria da tumore renale d.*, cioè di ipernefroma, carcinoma, sarcoma, quest'ultimo frequente soprattutto nell'età infantile. Un tumore del rene può originare un'ematuria abbondante, a ripetizione, senza prodromi, capricciosa, che insorge talvolta quale primo sintomo, associata o non a dolore in sede renale, prima ancora che si riesca a palpare una intumescenza più o meno netta. Si tenga conto che negli intervalli fra una ematuria e l'altra, peraltro assai variabili, suole esservi micro-ematuria. I sintomi vescicali possono nel tumore del rene, mancare, come mancano nel caso nostro, ma non si ha mai, a differenza di qui, piuria. Nessun segno di tumore (ombre, deformità) abbiamo inoltre nel reperto della semplice radiografia, della pielografia ascendente e soprattutto discendente. Si è ritenuto superfluo eseguire in questo caso il pneumorene, il quale, d'altra parte, non è sempre scevro di pericoli.

Un'eventualità, che va presa in seria considerazione, è l'*ematuria da calcolosi renale d.* settica che potrebbe venire ammessa in base all'ematuria locale, associata a piuria. Sappiamo come l'emissione di sangue con le urine sia in questi casi un sintoma costante e si verifichi nella metà circa dei malati di calcolosi renale; ma qui non abbiamo avuto la classica colica renale e cioè dolori alla XII costa con le note irradiazioni in basso, lungo l'uretere, anuria, ecc. Esistono però coliche renali atipiche, e perfino senza dolore, come nei casi di renella o di grossi calcoli immobilizzati. Se si trattasse di calcolosi, l'esame cistoscopico però ci avrebbe messo sull'avviso con qualche segno ulcerativo in corrispondenza dello sbocco ureterale d., e la pielografia ascendente e discendente ci avrebbe denunciato qualche ombra più o meno tipica, riferibile a calcolo.

Nel caso nostro poi è da scartare questa possibilità innanzitutto per la durata della febbre e del dolore (sei giorni di continuo); per l'assenza di un grosso rene d. pionefrotico dolente, per la mancanza, infine, di disturbi vescicali. Ricordiamo ora le cause poco comuni di ematuria: sarà un'*ematuria da cisti renale d.*? Non certamente da echinococco o da cisti solitaria del rene, eventualità piuttosto rare, e nemmeno da rene policistico, per la mancanza di dati anamnestici, di dolori, per i caratteri della massa, a superficie cioè non irregolare, per la non palpabilità del rene opposto (il rene policistico è un'affezione quasi costantemente bilaterale), per il reperto della pielografia, che non corrisponde a quello di tale affezione.

Escluse tutte le possibilità or ora ricordate, viene fatto di pensare ad una ematuria bilaterale; tale supposizione è esatta in quanto che il cateterismo degli ureteri ci informa che urina ematica si raccoglie da tutti e due gli sbocchi. Ci restano quindi da considerare alcune altre possibilità cliniche: non certo possiamo pensare ad una *ematuria da gravi malattie infettive* (tifo, scarlattina, vaiuolo, paludismo), perchè la p. non ha avuto, nè per il passato, nè recentemente, nessuna di queste infermità; nè ad un *infarto del rene per endocardite lenta da viridans*, mancando qualsiasi sintomo clinico proprio di questa affezione. Un'*ematuria secondaria ad infiammazione del faringe o della gola?* Voi sapete con quanta frequenza una tonsillite possa essere seguita da ematuria; ed ancor oggi si discute sui rapporti fra la funzione delle tonsille palatine e del rene. Ma una tonsillite per solito dà luogo ad una glomerulonefrite emorragica (albuminuria, cilindruria, ematuria microscopica) e non ad una semplice ematuria senza cilindruria; ed anche quando si abbiano i segni infiammatori e degenerativi del rene, associati ad ematuria, quasi sempre abbiamo a che fare con tonsilliti a riacutizzazioni. Orbene, a parte che il sedimento urinario, attentamente esaminato, non denuncia alcuna lesione renale, la nostra malata non ha mai sofferto, nè per il passato, nè subito prima dell'attuale malattia, di tonsillite. Assai agevolmente possiamo escludere un'*ematuria da appendicite* (per nefrite tossiinfettiva o congestione renale), e l'*ematuria da colecistite calcolosa* (Zaffragnini), veramente rara, perchè, nè l'una nè l'altra di queste affezioni esistono qui. Più seriamente, per la positività della reazione di Wassermann si può pensare ad una *ematuria da sifilide renale*. È questo un argomento irto di difficoltà dal punto di vista diagnostico: ricorre con maggiore frequenza (e ne è più facile la diagnosi), la sifilide vescicale (Chocholsca), di cui conoscete la forma ulce-

rosa, la forma gommosa e la sclerosante. Per quanto si riferisce alla sifilide renale, è noto come essa possa realizzare le tre forme seguenti: 1) sifilide gommosa; 2) nefrosi sifilitica; 3) rene grinzo sifilitico.

L'infiltrazione gommosa del rene offre un quadro clinico molto incerto. Essa suole decorrere con la sintomatologia di un neoplasma: dolori più o meno violenti, urine per lo più torbide per presenza di pus, ematuria. La diagnosi è sempre assai difficile, tanto che in un buon numero di casi la malattia si riconosce soltanto al tavolo operatorio od all'autopsia. La nefrosi sifilitica riproduce il tipo della nefrosi genuina, con edemi cospicui, albuminuria imponente, oliguria, urine contenenti spesso lipoidi birifrangenti.

Il rene grinzo sifilitico si riconosce con una delle tre forme anatomo-cliniche seguenti: *a*) una prima, che simula il rene grinzo genuino, del quale l'infezione luetica rappresenta soltanto un particolare momento etiologico; *b*) rene grinzo nefrotico, che decorre con poliuria, lieve albuminuria senza ipertensione ed ipertrofia cardiaca; *c*) nefrosclerosi nefrotica con partecipazione dei vasi renali, ipertensione ed ipertrofia cardiaca, lieve albuminuria, ma perlopiù senza poliuria.

Orbene, nella nostra malata non abbiamo sintomi riferibili a ciascuna delle forme sopra ricordate, ma pur escludendo un'ematuria da sifilide renale, dobbiamo ammettere che l'infezione luetica giuochi nella nostra p. una parte non meno importante, in quanto rappresenta, a nostro modo di vedere, senza dubbio, un fattore coadiuvante dell'ematuria. Prima di venire ad una conclusione, vediamo se non si possa piuttosto tirare in campo un'*ematuria cosìdetta essenziale* (*sine causa, sine matheria*), *da rene sano, nefralgia ematurica, emofilia renale, ecc.*). Vi confesso che all'ematuria, intesa in tal senso, io credo poco. Le moderne indagini cliniche, funzionali, radiologiche e soprattutto istologiche nel campo delle affezioni dell'apparecchio uropoietico, ci mettono in guardia dall'annunciare, senza avere prima lungamente riflettuto, che una ematuria non abbia una base anatomica. Da noi si sono occupati di questo interessante argomento (delle ematurie cioè cosidette essenziali), il Taddei, il Lasio, il Pisani, e da diligenti indagini eseguite da quest'ultimo nella Clinica medica di Firenze e nell'Istituto di Anatomia Patologica di Milano è risultato che in molti casi di ematurie essenziali si rinvennero lesioni di nefrite acuta o cronica, e l'ematuria era l'espressione di una crisi congestizio-infiammatoria con successiva rottura dei capillari per diminuzione di elasticità. Ma in altri casi, per quanto meno numerosi, non fu possibile rinvenire alcuna lesione renale macro o microscopica, ed è appunto sulla base di questi che il Klemperer fondò la sua teoria angio-neurotica. Che una ematuria possa intervenire, al pari di un'emottisi o di una ematemesi, senza lesioni riconoscibili, è oggi ammesso da molti AA.; si hanno per es. talvolta delle ematurie emottive: tali l'ematuria dei terremottati di Messina (Bruni); in seguito a perfrigerazione (ematuria da freddo, in soggetti nevropatici); l'ematuria degli epilettici durante la crisi; l'ematuria per azione dei plessi nervosi (Frugoni). Non dimenticate che il rene è provvisto di nervi vasodilatatori e vaso-costrittori e che una emorragia può derivare da un disquilibrio vago-simpatico. Comunque sia, il più delle volte in queste ematurie essenziali è sospettata la lues, ma purtroppo dagli autori che se ne sono occupati, essa non è stata sufficientemente valutata.

Orbene, nel caso nostro non si può parlare di ematuria puramente essenziale, non foss'altro per la presenza di pus nel sedimento urinario. A cosa pensare allora? Una *ematuria da emopatia costituzionale ereditaria* è da scartare senz'altro, non figurando manifestazioni emorragiche a tipo emofilico in questa malata. A parte la considerazione che di emofilia qui non possa parlarsi, trattandosi di una donna, una eventualità di tal genere sarebbe contraddetta dall'assenza di un ritardo nel tempo di coagulazione e di un aumento delle piastrine. Potremo piuttosto pensare ad uno stato di diatesi emorragica nella nostra inferma; e la risoluzione di tale quesito è di notevole importanza ai fini soprattutto della terapia, che dovremo consigliare alla p. Orbene, se pure nell'anamnesi remota e prossima non figurano sintomi di porpora semplice o di morbo maculoso di Werlhof, è certo che le mestruazioni dell'inferma sono state sempre abbondanti, positiva è risultata la prova del laccio, prolungato il tempo di emorragia, diminuito il numero delle piastrine. Accanto alla positività delle prove emogeniche sta poi la splenomegalia, che conforta sempre più il sospetto di una diatesi emorragica.

La lues acquista dunque nel nostro caso, un'importanza notevole come fattore patogenetico; noi pensiamo che come essa ha già in parte colpito il sistema nervoso centrale, così stia aggredendo l'apparato vascolare, e creando nella donna uno stato emorragiparo. Orbene, pensiamo che questa condizione latente nella nostra inferma sia stata attivata da un altro fattore, e cioè da un fattore infettivo, che vale a giustificare anche la piuria. Devo qui ricordare a voi l'*ematuria da pielite*, eccezionale secondo Marion, abbastanza frequente, invece, per il Taddei e per la sua Scuola. In favore di una flogosi dei bacinetti renali parlano, nel nostro caso, sintomi clinici (dolore, febbre, quadro ematologico con leucocitosi), dati clinici (ematuria, più piuria), il reperto cistoscopico (mucosa del trigono e sbocchi ureterali

fortemente tumefatta, edematosa, in parte ricoperta da essudati biancastri, facilmente sanguinante), il reperto del cateterismo ureterale (sbocchi ureterali appena visibili come una sottilissima fessura) e la pielografia ascendente (bacinetto d. più grande del s., con lieve grado di idronefrosi; bacinetto s.: scarsa replezione della regione distale del calice centrale, dove i margini appaiono leggermente irregolari e sfumati). Orbene qual'è nel nostro caso l'agente infettivo?

Escluso il gonococco, possiamo pensare o al bacterium-coli, che *più comunemente* si ritrova in questi casi, o al virus influenzale (il sospetto è giustificato dall'arrossamento dell'istmo delle fauci, dal senso di rottura muscolare, dalla stipsi, dalla fotofobia, dalla cefalea), oppure *dall'uno e dall'altro insieme di questi germi*. Dal muco vaginale e cervico-uterino non si è riusciti a trovare germi aventi caratteri e proprietà di colorazione del gonococco. Da una cultura delle urine, preservate con cateterismo, in brodo ed in agar, si è sviluppato un germe avente i caratteri morfologici e culturali del b. coli. È probabile che l'infezione sia avvenuta per via discendente ematogena, mancando ogni sintoma di cistite. Resta da dimostrare perchè si ebbero dolori in sede renale d., pur essendo compromessi i due bacinetti renali ed i due ureteri: la crisi dolorosa, che ha avuto la nostra inferma, può riferirsi o ad embolismo ed infarto renale d. od a chiusura dell'uretere omolaterale per parte di un coagulo.

*
* *

Così espresso il giudizio diagnostico di sede e di natura della ematuria, la prognosi non può essere che favorevole relativamente al processo infettivo, mentre è riservata per quanto si riferisce alle alterazioni indotte dall'infezione luetica.

Tale considerazione segna la nostra condotta terapeutica. La cura in questo caso, oltre ad essere sintomatica e diretta contro l'infezione, deve essere rivolta a combattere la sifilide. Cura specifica dunque, eseguita in modo razionale; chè se dopo una terapia di tal genere non vedessimo dileguarsi lo stato emorragiparo della nostra p., potremo prospettarci l'opportunità di una eventuale splenectomia.

Concludendo, il caso che abbiamo oggi trattato è senza dubbio importante dal punto di vista pratico. Anche in esso trionfa il problema diagnostico, e particolarmente la necessità di un rapido orientamento, ai fini della scelta del mezzo terapeutico. E da questo caso emerge chiaramente quanto mai sia indispensabile nel campo delle affezioni dell'apparato uropoietico l'intima collaborazione fra internista, urologo e radiologo.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Messina

Appare giustificato l'impiego dei tendini artificiali in seta nelle paralisi degli arti? (*).

Prof. D'AGATA GIUSEPPE, direttore.

Ho avuto occasione di applicare il metodo del Lange, con la tecnica dei tendini artificiali in seta in parecchi casi di deformità paralitiche degli arti, ottenendone buoni risultati agli effetti anatomici e funzionali.

Mi piace riportare solamente uno dei casi, in cui il decorso post-operatorio sembrava dovesse comprometterne l'esito; caso che si presta pertanto ad alcune osservazioni sul metodo.

Si trattava di una bambina di sette anni (R. Isabella) che presentava piede-torto-equino, leggermente varo, per paralisi del muscolo tibiale anteriore, dell'estensore comune delle dita e dei peronei.

Ipofunzionante l'estensore proprio dell'alluce.

1° intervento (1° agosto 1931).

L'estremo distale dell'estensore proprio dell'alluce viene impiantato sulla faccia medio-dorsale dell'avampiede.

Due grossi fili di seta vengono inseriti sul gastrocnemio, facendoli passare sottocutaneamente e fissati sulla faccia dorsale del piede: uno sul primo cuneiforme e uno sul cuboide.

Si ebbe la comparsa di modico edema al piede ed al terzo inferiore della gamba, edema che scomparve presto.

Dopo due mesi circa i fili di seta si repertavano *in situ*, poco aumentati di volume, ma capaci già di mantenere il piede in buona posizione.

A tre mesi dall'operazione la bambina ebbe a notare, trovandosi in casa, che la resistenza dal lato esterno veniva meno, mentre persisteva quella interna.

Rientrata in Clinica si notava il tendine artificiale in seta, dal lato interno, della grossezza di una sottile matita, ben appariscente, specialmente nel suo terzo inferiore, e funzionante come flessore dorsale e supinatore.

Dal lato esterno il filo in seta non è stato possibile repertarlo; esso ha dovuto o lasciare la presa in corrispondenza della sua fissazione osteoperiostea sul cuboide o subire una scontinuità nel suo decorso.

2° intervento (16 giugno 1932).

Viene praticata una parziale tenotomia del tendine artificiale del lato interno.

Quindi due grossi fili di seta, inseriti verso il terzo medio del lato esterno del gastrocnemio, vengono passati sottocutaneamente, uno al davanti e uno dietro al malleolo esterno, e fissati in basso alla base del quinto metatarso.

Nel punto di riflessione dei fili al malleolo è stato applicato uno strato di carta pergamenata,

(*) Comunicazione al XXIV Congresso della Società di ortopedia. Palermo, 24 ott. 1933-XI.

allo scopo di facilitare lo scorrimento e per impedire le eventuali aderenze.

In corrispondenza della parte posteriore, al di sopra del malleolo esterno, si ebbe dapprima modico edema e poi fuoriuscita di poca quantità di liquido puriforme, fino ad eliminazione della carta pergamenata, e dopo poco del filo di seta, che passava dietro il malleolo esterno.

In seguito si ebbe un'altra apertura, più in alto ed anteriore alla prima, da cui si vide far capolino l'estremò prossimale del filo di seta, che passava sottocutaneamente dinanzi al malleolo esterno e che rimaneva tuttavia impiantato distalmente al quinto metatarso.

Non ho creduto opportuno allontanare tale filo di seta, ma sul capo estremo di esso (che fuoriusciva dalla ferita cutanea) ho fatto sistematicamente, esercitare delle trazioni, capaci di portare passivamente il piede in flessione dorsale ed in pronazione.

Nello stesso tempo, lungo il tramite, dove passava il filo di seta, sono state immesse — ogni 5-6 giorni — delle gocce di alcool a 90°.

Con tali artifici (atti a stimolare la formazione di un manicotto di tessuto fibro-connettivale, attorno al filo di seta), siamo riusciti allo scopo, in quanto che dopo un anno circa — eliminatosi il filo di seta — si è notato come il piede fosse in grado di poter compiere, attivamente, quei movimenti di flessione dorsale e di pronazione, che erano, prima dell'intervento, completamente aboliti.

Possiamo in conclusione dire, che nessun nocumento ne deriva all'esito definitivo dalla tardiva eliminazione del filo di seta, allorchè attorno ad esso sia già formato del tessuto fibro-connettivale di reazione, che può essere meglio eccitato da sostanze chimiche, quale l'alcool, e dalla sollecitazione funzionale a mezzo di trazione su un capo del filo. In base a questa personale osservazione e ad altre analoghe, credo che l'impiego di tendini artificiali in seta debba trovare giustificazione e un più largo uso in alcuni casi gravi di paralisi degli arti.

RIASSUNTO.

L'A. risponde positivamente al quesito, in quanto che in tutti i casi, in cui ha adoperato tali tendini artificiali in seta ha ottenuto in definitiva dei buoni risultati; e ciò anche in un caso, dall'A. riportato nei suoi particolari, in cui si era avuto un leggiero processo flogistico ed era da prevedere l'espulsione tardiva del tendine artificiale in seta.

Egli, in tal caso, è ricorso alle trazioni sistematiche del filo di seta e all'immissione di gocce di alcool lungo il suo tragitto.

Con tali artifici, atti a stimolare la formazione di un manicotto di tessuto fibro-connettivale attorno al filo di seta, è riuscito allo scopo, in quanto che, eliminato poi il filo di seta, si è avuto ripristino della funzione, prima abolita.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI BRESCELLO (EMILIA).

Considerazioni circa un diverticolo vescicale rinvenuto durante operazione per ernia inguinale.

(Diverticulectomia - guarigione)

Dott. Prof. GIOVANNI ZANETTI,
Chirurgo Direttore e Docente.

Il caso che illustro non è solo interessante per la sua poca frequenza, ma per le modalità del suo reperto e quindi per il contributo che può dare alla risoluzione della dibattuta questione della classificazione, etiopatogenesi e trattamento dei diverticoli vescicali; esso ha pure un interesse pratico, essendosi riscontrato causalmente durante una operazione per ernia inguinale, nella più completa silenziosità di sintomi.

La maggior parte degli AA. che si sono occupati dell'argomento ritiene che, a parte le anomalie di conformazione congenita della vescica (vescica biloculare, a clessidra) e gli arresti di sviluppo nella vita embrionaria (residui di uraco non obliterato), i diverticoli veri e propri debbono ritenersi legati generalmente a fattori acquisiti. Infatti essi si manifesterebbero con frequenza in dati punti della vescica e precisamente in quelli congenitamente più deboli (pareti laterali, bassofondo vescicale, regioni ureterali e periureterali) in seguito ad un fattore meccanico e cioè all'aumento di resistenza allo svuotamento della vescica stessa (stenosi uretrali, ipertrofia della prostata, sclerosi del collo vescicale, prolasso uterovaginale).

Questo sarebbe quanto esponeva il Lasio al III congresso di urologia (Milano 1924). Il Boretti in una completa monografia sull'argomento (*Diverticoli della vescica urinaria*, Bologna, Cappelli, 1928) è della stessa opinione e si mostra assai più assoluto nel considerare come momento patogenetico del diverticolo vescicale, la ostruzione bassa al deflusso delle urine, avendo riscontrato nella sua statistica tale fattore nel 96 % dei casi. Ammette però che una percentuale bassissima sia data da malformazioni congenite, ma che resterebbero latenti per la loro piccolezza se non intervenisse più tardi un ostacolo al deflusso urinoso.

Quindi secondo il Boretti tale ostacolo entrerebbe sempre come fattore, o primitivo o secondario, nella formazione del diverticolo vescicale; ammetterebbe inoltre una costante alterazione della parete di questo, con variazione anche quantitativa dei vari tessuti che

lo costituiscono, venendo infine a formulare questa definizione « *Per diverticolo della vescica urinaria devesi intendere una cavità patologica comunicante con la vescica mediante un orifizio o canale più o meno lungo o largo, e la cui struttura ripete approssimativamente quella della vescica stessa, pur presentando le sue tre tuniche alterazioni più o meno notevoli* ».

Gayet e Gauthier (*Les diverticules de la vessie*, XXII Congres français d'Urologie, Paris 1922) sono assai meno assolutisti, essi definirebbero i diverticoli vescicali così « *Espansioni della cavità vescicale sporgenti all'esterno dell'organo, comunicanti colla cavità vescicale per un colletto ad orificio stretto e circolare ordinariamente contrattile, costituito dagli stessi elementi della parete vescicale più o meno modificati nelle loro relative proporzioni: tali espansioni sono permanenti ed indipendenti da ogni scivolamento della parete attraverso ad un orificio della muscolatura addomino-perineale* ».

I sintomi funzionali più frequenti dei diverticoli vescicali sarebbero la disuria, la ritenzione, la minzione in due tempi, la piuria terminale, però in alcuni casi, come nel nostro, essi possono esistere nel più completo silenzio sintomatico.

Vengo a descrivere il caso a me occorso:

M. Archimede, di a. 56, da Mezzani (Parma). Viene a farsi visitare perchè disturbato da una voluminosa ernia inguino-scrotale destra che porta da qualche anno e che con difficoltà riesce a ridurre, non accusa alcun disturbo nella minzione, non ha mai portato cinto. All'esame obbiettivo si mostra individuo di sana e robusta costituzione, senza lesioni apprezzabili di sorta a carico dei vari apparecchi e sistemi, l'esame delle urine è negativo, presenta voluminosa ernia inguino-scrotale che si riesce a ridurre incompletamente con gorgoglio, residuando spessa massa molle, che si diagnostica per epiplocele irriducibile.

Atto operativo (7 marzo 1933): narcosi morfioeterea (alla narcosi dott. Vercellana, aiuto all'operazione dott. Mecatti). Incisa la cute, la fascia superficiale ed aperto il canale inguinale, si trova un grosso sacco di ernia inguinale diretta che, isolato da abbondantissimo tessuto adiposo ed aperto appare vuoto: praticata una sutura a borsa di tabacco, si reseca; medialmente all'uscita del sacco dalla fossetta inguinale media, vi è una voluminosa massa di tessuto adiposo in mezzo alla quale si palpa un lungo cilindro di tessuto più compatto: con prudenza si isola tale secondo sacco che appare spesso e di colorito più scuro, le sue spesse pareti che scorrono fra le dita dimostrano una interna cavità, isolato alla base, che è più ristretta della parte libera, si nota che si approfonda nella cavità addominale. Esso ha una lunghezza di circa 10 centimetri dalla fossetta suddetta ed appare evidentemente un diverticolo vescicale. Aperto alla sua estremità libera si mostra rivestito da mucosa levigata e lucida, l'indice introdotto si impegna nella sua sola terza falange in un orificio circolare a guisa di sfintere profondo oltre la fossetta inguinale media; una lunga sonda introdotta si affonda in basso e verso la linea mediana. La diagnosi di diverticolo vescicale è confermata. Date le sue dimensioni di lunghezza e lo stretto orificio, l'unico intervento è la resezione bassa, si sutura la breccia a due strati e si ricostruisce la parete inguinale alla Bassini, si pone un piccolo drenaggio di garza all'angolo inferiore della sutura dell'aponeurosi del muscolo grande obliquo, ove esce il funicolo, lasciando pure corrispondente apertura alla sutura della fascia superficiale e della cute, si applica catetere uretrale a permanenza.

Nei primi giorni l'urina lascia sedimento di sangue, esce scarsa urina limpida dalla apertura inguinale però in quantità sempre decrescente, cessando completamente in ottava giornata in cui si tolgono i punti di sutura cutanea. In decima giornata si toglie il catetere uretrale, l'urina esce spontaneamente per la via naturale e tutta la ferita appare completamente cicatrizzata. In 13ª giornata lascia l'Ospedale residuandogli un frequente bisogno di mingere che si fa sempre più rado e che in un mese circa si presenta colla frequenza normale.

Il p. è ritornato alle sue ordinarie occupazioni e riveduto più volte riferisce, come di recente, di godere perfetta salute senza alcun disturbo a carico delle vie urinarie.

Considerando nel reperto fatto nella suddetta operazione la forma cilindroide di detto diverticolo, la lunghezza di circa 10 centrimetri dalla fossetta inguinale media, la diminuzione del diametro del cilindro verso questa, lo spessore delle sue pareti in cui si palpa uno spesso strato muscolare, l'aspetto normale della mucosa, la presenza di un ristringimento profondo con sensazione di un vero sfintere si è avuta la convinzione di trovarci di fronte ad un vero e proprio diverticolo vescicale congenito. Dico congenito per la completa assenza di ogni disturbo subbiettivo, sia accusato prima dell'intervento, sia rivelato nella accuratissima ricerca postuma. L'assenza di qualsiasi imperfezione od infermità delle vie urinarie inferiori che possono aver prodotto uno ostacolo al deflusso dell'urina, la completa e rapidissima guarigione senza disturbo alcuno a carico delle vie orinarie ce lo conferma pienamente.

Non può farsi entrare questo mio reperto nei casi dovuti a dilatazione dell'uraco pervio, perchè tale formazione è mediana, allungantesi verso l'ombellico e praticamente non aggredibile che dalla cavità addominale (un caso occorse pure a me in una isterectomia addominale per mioma uterino in cui, nell'incisione del peritoneo, caddi in una piccola cavità cistica, comunicante con la vescica e che suturai a due piani, la p. guarì senza conseguenza

alcuna con completa chiusura della cavità addominale dopo cinque o sei giorni di catetere a permanenza che diede esito in principio ad urina con scarso sangue), oppure si può aggredire con incisione sovrapubica extra peritoneale come nel caso occorso al Pascale (*Diverticolo vescicale congenito*. Ann. di Chirurgia, vol. IX, 1930).

Non può trattarsi di una vescica biloculare, perchè generalmente si osserva in tal caso uno sbocco ureterale per ciascuna metà della vescica stessa; non può pensarsi ad un'ernia della vescica e precisamente a quella forma che viene descritta come cistocele paraperitoneale (Duret): in questi casi generalmente la parte di vescica erniata ha forma rotondeggiante, semisferica di dimensioni non superanti quella di una grossa noce e con larga base, e nei casi di dimensioni maggiori, e precisamente quando è irriducibile, i disturbi urinari non mancano (disuria, minzione in due tempi, ecc.).

Secondo me la ipotesi più probabile per spiegare la etiopatogenesi del diverticolo osservato, dovrebbe ricercarsi in residuo di uretere sopranumerario (Handl, citato dal Boretti) in seguito a multipla proliferazione del corpo di Wolf verso il seno urogenitale nella formazione dell'uretere stesso; queste salienze possono svilupparsi formando setti separanti la vescica in due parti, oppure possono spingersi sino alla parete di contro e saldarvisi, questo sepimento poi per distensione e mancato trofismo si assottiglia e si perfora, formandosi così un diverticolo comunicante con la cavità vescicale. Il diverticolo, come nel mio caso per trazione di un sacco erniario vicino sviluppantesi in volume, e per debolezza della parete inguinale nel suo punto classico, cioè nella fossetta inguinale media, può affacciarsi nel canale inguinale ove prende sede con aderenze ai tessuti vicini.

Secondo il reperto da me fatto, sembra più accettabile la definizione del diverticolo vescicale come è formulata da Gayet e Gauthier (vedi sopra) e, secondo anche la classificazione proposta dall'Aievoli (*Per lo studio dei reliquati uraco-allantoidei e dei diverticoli vescicali*, Ann. di Chirurgia, 1930), il caso mio sarebbe da definirsi come diverticolo congenito occulto. La classificazione proposta da alcuni dei diverticoli vescicali in veri (i congeniti) e falsi (i patologici) ha ormai fatto il suo tempo, perchè i reperti istologici non dimostrano alcuna differenza qualitativa nella conformazione strutturale delle loro pareti, come è ormai abbandonata in patologia vasale, per lo stesso motivo, la denominazione di aneurisma vero (lo spontaneo) e falso (il traumatico).

Riguardo alla terapia dei diverticoli congeniti, salvo speciali indicazioni, essa non può essere che quella radicale, cioè la diverticulectomia, che nei casi come quello descritto, ha dato ottimo risultato.

Brescello, luglio 1933-XI.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di diverticolo vescicale rinvenuto durante operazione per ernia inguinale; espone le ragioni per le quali ritiene congenito tale diverticolo e cerca di spiegarne la probabile etiopatogenesi con dati embriologici.

Ritiene come intervento di elezione la diverticulectomia.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA.

Contributo alla tecnica della misura comparativa degli emiperimetri toracici.

Il Toracimetro differenziale
a ritorno automatico.

Prof. ARTURO LANZERINI,
Primario medico emerito.

Coll'universalizzarsi della collassoterapia si è andata sempre più affermando l'importanza della valutazione comparativa della dinamica dei due emitoraci.

Come è noto, a raggiungere una tale valutazione, dopo dell'ispezione e della palpazione, colle quali già si possono rilevare dati obbiettivi di indubbio valore, prima di passare ai più complicati metodi di indagine, quali il cirtometrico, il toracometrico, il pneumografico, il radiologico, il fotografico..., ci si avvale della misurazione del perimetro e dei singoli emiperimetri toracici.

Per gran tempo, per effettuare questa misurazione, non si è adoperato che il comune nastro centimetrato da sarti, stato introdotto da Laënnec, ma la lunga pratica ha condotto a riconoscersi che mentre esso, specie se corredato del dispositivo aggiuntovi da Foy (*ampliometro* di Foy) od anche dell'altro aggiuntovi da Caroll (*stetometro* di Caroll), risponde ottimamente per la misura del perimetro, al contrario, non serve affatto per quella degli emiperimetri, essendovisi, in realtà, dimostrato di malagevole

applicazione e, comunque, improprio a dare precisione di risultati.

Infatti, per potersene valere con facilità e speditezza, occorre applicarlo prima da un lato eppoi dall'altro, procedendosi così alla misura dei due emiperimetri in due diversi tempi, e cioè in due diversi atti respiratori, ma in tal guisa, data l'estrema, ben nota, difficoltà a che il soggetto in esame compia, sotto l'influenza della volontà, respiri consecutivi perfettamente uguali, le cifre risultanti pei due lati non offrono alcuna garanzia di essere fra loro comparabili. Che se poi, all'incontro, ci se ne vuole servire in modo da misurarsi i due emiperimetri simultaneamente, durante, cioè un medesimo atto respiratorio, allora si incontra una notevole difficoltà di rilievo inquantochè, dopo applicato lo zero del nastro sulla linea toracica mediana anteriore e dopo avvolto il nastro attorno al torace, mentre pel primo emiperimetro basta di leggere la cifra giacente sulla linea mediana posteriore per aversene senz'altro la misura, per l'altro, invece, occorre, prima, di tener conto di tale stessa cifra, poi. di leggere anteriormente la cifra che si troverà ad essere sulla linea mediana anteriore, a contatto collo zero, ed infine, di fare la sottrazione della prima dalla seconda onde ottenerne la differenza che appunto rappresenta la misura ricercata.

Una tale difficoltà è tuttavia superabile qualora ci si contenti di prendere le misure a respiro sospeso, sia in profonda inspirazione che in profonda espirazione, come appunto si suole per la determinazione dell'indice respiratorio di Hirtz, ma diventa del tutto insormontabile quando invece le si vogliano prendere a respiro continuato e tranquillo, evitandosi, cioè, di misurare gli emitoraci durante il loro massimo sforzo funzionale, il che, in effetto, come ben giustamente scrive Viola, « equivale a porsi in condizioni anomale di osservazione e pessime sotto ogni punto di vista ».

A rimuovere le difficoltà ed a raggiungere maggiore precisione, G. Rosenthal. nel 1912, ha introdotto un nuovo tipo di nastro misuratore « le centimètre symétrique » che ha lo zero nel suo mezzo e due scale centimetrate che, dipartendosi da tale zero comune, si estendono simmetricamente, da un lato e dall'altro, fino a raggiungere ciascuna il rispettivo estremo del nastro. Applicandosi, così, il mezzo di questo, e cioè lo zero, sulla linea mediana posteriore del torace e facendovelo mantenere in posto da un assistente oppure anche fissandovelo mediante due listerelle incrociate di cerotto adesivo, secondo ha suggerito Longin, si avvolgono le due metà del nastro attorno al torace, una per parte, fino a condurle ad incrociarsi fra loro sulla linea mediana anteriore: tenendosi, allora, colle dita i due capi ed esercitando una modica trazione, appena sufficiente a far rimanere le due metà del nastro aderenti al torace, così durante i suoi ampliamenti come durante le sue retrazioni, riesce assai facile leggere le cifre che da ambo i lati pervengono a rasentare la linea mediana anteriore durante i vari momenti dell'atto respiratorio.

In tal modo, riesce assai semplificata non solo la simultanea misura dei due emiperimetri a torace fermo, in ispirazione od in espirazione forzata, ma lo riesce altresì quella, pure simultanea, delle variazioni che essi rispettivamente subiscono fra inspirazione ed espirazione a respiro continuato e tranquillo, talchè, in sostanza, il nastro di Rosenthal risponde abbastanza bene anche come vero e proprio ampliometro differenziale, e tanto più se corredato del piccolo dispositivo testè proposto da Trepiccioni, costituito da una placchetta metallica, da applicarsi sullo sterno, avente nel proprio spessore due fessure entro le quali penetrano e scorrono in opposta direzione i due capi liberi del nastro, le cui divisioni metriche da leggersi vengono meglio poste in evidenza attraverso due piccole finestre sovrapposte.

Però, anche a prescindere dal fatto che, a rigore, le due metà del nastro non corrispondono esattamente alla linea perimetrale, alla linea, cioè, risultante dalla intersezione colle pareti toraciche del piano perpendicolare all'asse longitudinale del torace e giacente all'altezza dove si esegue la misura, inquantochè per non sovrapporsi l'una all'altra, sulla linea mediana anteriore, debbono spostarsi l'una in alto e l'altra in basso, ciascuna della metà della larghezza del nastro, assumendo quindi un decorso più o meno elicoidale, ed ancora a prescindere dall'altra possibile causa d'errore inerente alla variabilità della trazione manuale, potendo infatti l'esaminatore non tenere le due metà del nastro nello stesso preciso grado di tensione, nemmeno questo nastro può soddisfare a *tutte* le esigenze che si richiedono per la misurazione dei perimetri toracici diretta allo studio cinetico del respiro.

Infatti, secondo Viola, le misure perimetriche da prendersi sono due: quella del perimetro toracico superiore e quella del perimetro toracico inferiore od ipocondriaco, e secondo Pende, la misura « dovrebbe essere fatta così sul perimetro toracico-xifoideo come sul perimetro ascellare e come anche sull'ampiezza di escursione delle cupole diaframmatiche », tro-

vando egli giusto che « Bélot e Trèves vogliano che siano esplorate separatamente queste tre sedi di movimento ed isolatamente nella fase inspiratoria ed in quella espiratoria, a respirazione tranquilla ed a respirazione forzata, per rendersi conto della energia funzionale, rispettivamente ed isolatamente, dei muscoli inspiratori e di quelli espiratori e dell'attività cinetica dei vari distretti funzionali del torace ».

E Martinet, citato da Riccioli, ricerca di regola tre perimetri: il toracico superiore od ascellare: il toracico medio, corrispondente alla linea mammillare trasversale: il toracico inferiore, o xifoideo, alla base dell'appendice ensiforme.

Ora, è evidente che per aversi dati esattamente fra loro comparabili è anzitutto necessario che tali molteplici misurazioni di perimetri e di emiperimetri sieno effettuate con simultaneità ed è appunto a questa necessaria simultaneità di misura che neppure il nastro di Rosenthal può corrispondere. Infatti, per riuscire allo scopo occorrerebbe di applicarsi contemporaneamente sul torace, alle varie altezze, o due o tre nastri, ma allora, per tenersi in tensione i due capi di ognuno di essi, occorrerebbero o due o tre esaminatori, coll'inconveniente che, pel necessario atteggiamento delle braccia, essi si impaccerebbero a vicenda e, quel ch'è peggio, col rischio di aversi cifre non fra loro comparabili, dato che, non essendo rimosso il coefficiente variabile della trazione manuale, non si potrebbe mai essere sicuri che i due od i tre esaminatori mantengano i nastri tutti nello stesso preciso grado di tensione.

Così, ho pensato di comporre un nastro misuratore in cui fosse eliminata la trazione manuale, non mai eguale a sè stessa, e sono riuscito a tradurre l'idea in atto abbinando due nastri metrici che da un capo, quello corrispondente allo zero, sono fra loro congiungibili a formare un unico insieme e dall'altro sono tenuti in modica tensione dall'energia elastica svolta da due molle a spirale. Lo strumento che così ne è risultato l'ho denominato *Toracimetro differenziale a ritorno automatico*.

Non pesando esso che una quarantina di grammi, rimane fisso al posto pel solo effetto della forza elastica onde sono animati i suoi nastri e, sempre per effetto di questa, anche a respiro ordinario e continuato, funziona da ampliometro automaticamente e sotto lo stesso grado di tensione da un lato e dall'altro. Se ne possono, pertanto, applicare anche due ed anche più su di uno stesso torace, alle diverse altezze volute, senza doversi ricorrere a personale assistente.

Presenta, inoltre, dal lato della precisione, il non trascurabile pregio che i suoi due nastri cingono il torace seguendo rigorosamente il decorso della linea perimetrale corrispondente al livello di applicazione.

FIG. 1. — (Grandezza = 2/3 naturale).

Esso si compone di due nastri metrici (fig. 2 MM) di sottile acciaio, flessibilissimi, racchiusi entro una piccola capsula metallica C e facenti rispettivamente capo ad uno di due gancetti snodati G G che rimangono all'esterno della capsula stessa, appiedi dei due opposti fianchi di essa.

I due nastri, ciascuno della lunghezza di oltre 60 centimetri, portano impressa una scala, graduata in centimetri e mezzi centimetri (sicchè è chiaramente leggibile anche il quarto di centimetro), disposta in guisa che quando essi vengano svolti all'esterno, mediante trazione

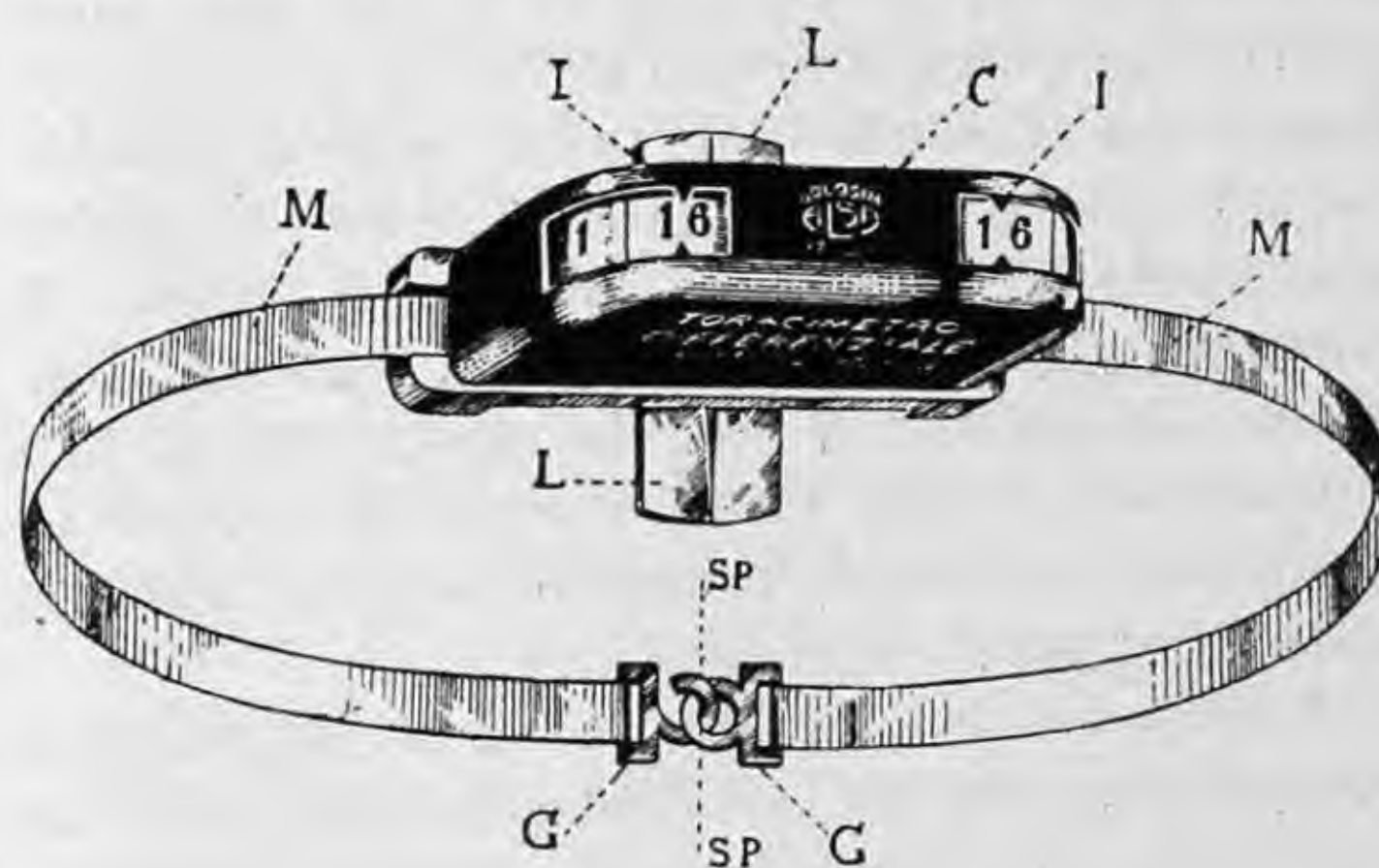



FIG. 2.

esercitata sui gancetti, le cifre che allora, attraverso le due finestre F F, aperte sul dorso della capsula, si vedono trovarsi a filo degli indici I I, sporgenti entro la luce delle finestre stesse, segnano l'esatta distanza fra il margine concavo della parte distale dell'occhiello del rispettivo gancetto — zero della scala — e la linea mediana della capsula.

Cessandosi dalla trazione sui gancetti, i due

nastri rientrano automaticamente entro la capsula.

La base B dello strumento, costruita di una speciale lega metallica inalterabile al contatto del sudore, porta una doppia lancetta girevole L che, girata in senso perpendicolare alla base stessa, come nella fig. 2, serve a dare maggiore stabilità allo strumento ed a favorirne l'esatta applicazione sulla linea toracica mediana anteriore.

Per procedere con esso alla misurazione, dopo girata la lancetta L in senso perpendicolare alla base e dopo applicata questa sulla regione sternale, si prendono i due gancetti e si tirano all'infuori, l'uno a destra e l'altro a sinistra, facendoli strisciare lungo il rispettivo costato, fino ad agganciarli l'uno all'altro a livello della linea toracica mediana posteriore. Mentre colla semplice pressione di un dito della mano sinistra si mantiene fissa in posto l'agganciatura, col pollice e coll'indice della mano destra si sposta il toracimetro da un lato o dall'altro fino a farsi coincidere le due freccie incise sugli estremi della lancetta colla linea toracica mediana anteriore, in precedenza tracciata col lapis dermografico (in posizione eretta) a mezzo del filo a piombo teso dal mezzo del giugulo, secondo l'opportuno suggerimento di Monteleone.

In caso di osservazione prolungata, si può anche fissare il toracimetro sulla parete sternale mediante due listerelle di cerotto adesivo sovrapposte ai due estremi sporgenti della lancetta ed altrettanto si può fissare con un dischetto dello stesso cerotto l'agganciatura a livello della linea spinosa, ma d'ordinario, come sopra ho detto, basta a mantenerlo in posto la forza elastica che anima i due nastri.

Non v'ha, poi, che a leggere, attraverso le due finestre F F, le cifre che vi si vedono a filo degli indici I I, per aversi senz'altro le rispettive misure dei singoli emiperimetri e, mercè la loro addizione, quella dell'intero perimetro.

Espletata la misurazione, si disgiungono i due gancetti e li si accompagnano, trattenendoli colle dita, fino a che, sollecitati dalla forza elastica dei rispettivi nastri, non abbiano raggiunto il fianco della capsula.

Come dunque si vede, la tecnica ne è estremamente semplice e lo strumento, sia per le sue dimensioni ridottissime (la fig. 1 lo rappresenta in grandezza = 2/3 del naturale) e sia pel suo peso insignificante, non reca alcuna molestia al soggetto in esame, talchè se ne possono applicare anche due ed anche tre, e più ancora, sulla stessa persona senza alcun inconveniente.

E così, seguendosi, ad esempio, le prescrizioni di Viola, con tutta facilità se ne potrà applicare uno a livello delle quarte cartilagini costali (punto di ritrovo n. 10), per aversi la misura del perimetro toracico superiore e dei relativi emiperimetri, e nello stesso tempo se ne potrà applicare un secondo all'altezza del mezzo della linea xifoepigastrica — linea che dalla base dell'appendice ensiforme va alla trasversale tirata a livello del margine costale inferiore libero — (punto di ritrovo n. 11), onde aversi simultaneamente anche la misura del perimetro toracico inferiore od ipocondriaco e dei corrispondenti emiperimetri.

E, dacchè a proposito di quest'ultimo perimetro conviene ricordare che esso, trovandosi ad essere sottodiaframmatico, ci dà l'ampiezza superiore del ventre (Viola), aggiungo che il toracimetro, qui da me presentato, può servire anche per la misurazione dei vari perimetri addominali, venendo così a sostituire con gran vantaggio l'ampliometro addominale, a contrappeso, di R. Glénard, che, oltre ad essere piuttosto ingombrante, non è differenziale e non si presta, quindi, a dare la misura simultanea degli emiperimetri addominali.

Posso pertanto concludere che questo minuscolo strumento, veramente tascabile, appare realmente atto a rendere più agevole, spedita e precisa la misurazione dei perimetri e degli emiperimetri toracici e capace, quindi, di prestare utili servizi non soltanto nel campo dell'esame funzionale dell'apparecchio respiratorio a scopo clinico, dove, ad esempio, servirà assai bene all'ampliografia differenziale, che col semplicissimo metodo di Monteleone mette alla portata di ogni medico di ottenere e conservare grafiche indicanti con assoluta precisione la potenzialità toraco-polmonare, ma altresì in altri campi quali, ad es., quelli dell'antropometria clinica, della infortunistica, della medicina sportiva, ecc.

RIASSUNTO.

L'A. presenta un nuovo istrumento, perfettamente tascabile, « il toracimetro differenziale a ritorno automatico » che permette di ottenere, con precisione e semplicità, la misura simultanea del perimetro toracico e dei singoli emiperimetri, nonchè delle variazioni ch'essi subiscono durante uno stesso atto respiratorio.

Per mantenere tesi i due capi del nastro metrico, alla trazione manuale, facilmente variabile, vi è sostituita la trazione elastica sviluppata da molle metalliche.

Se ne possono anche applicare due o più, per la misura simultanea dei perimetri e degli

emiperimetri corrispondenti a due o più livelli.

Può servire anche per l'ampliometria addominale.

BIBLIOGRAFIA.

1) ACHARD CH. et BINET L. *Examen fonctionnel du poumon*. Masson, Paris, 1922.

2) BELOT e TREVES. *L'examen médical en education physique*. Paris, 1922.

3) FOY R. *Quelques exercices respiratoires à recommander après l'adenoidectomie*. Bull. de la Soc. de Laringologie, 1914.

4) GLENARD R. *Un ampliomètre abdominal*. Gaz. des Hôpitaux. Paris, 1920, n. 97.

5) MONTELEONE R. *L'esame funzionale dell'apparato respiratorio*. Collana manuali del Policlinico, n. 34, Roma, 1929.

6) PERRIN M. *Ruban métrique pour la mensuration simultanée de deux hémitorax*. Soc. med. chir. du Cher., 9 nov. 1916, e Paris médical, 1917, n. 6.

7) RICCIOLI E. *La semeiotica del pneumotorace*. Ed. Cappelli, Bologna, 1928.

8) ROSENTHAL G. *Méthodes de l'exercice physiologique de la respiration*. Alcan, Paris, 1912.

9) TREPICCIONI E. *Perfezionamento dello strumentario per toracometria*. Giornale di medicina militare, Roma, 1932, fasc. 3.

10) VIOLA G. *La costituzione individuale*. Vol. I, Ed. Cappelli, Bologna, 1932.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Le gastrorragie.

(E. BENHAMOU. *Journal des Praticiens*, 16 dicembre 1933).

Il significato clinico delle gastrorragie è diventato più importante da che si è riconosciuto che esse oltre che nell'ulcera e nel cancro dello stomaco e nella cirrosi del fegato possono verificarsi in altre affezioni di organi sottoepatici, della milza e dei vasi sanguigni.

Le gastrorragie possono estrinsecarsi con *ematemesi, melene, sintomi di anemia acuta e cronica, disturbi nervosi.*

Le *ematemesi* non sempre dipendono da gastrorragie: il sangue può provenire dalla faringe, dal naso, dall'esofago, dal duodeno, e può essere stato deglutito prima d'essere vomitato. Le ematemesi provenienti dallo stomaco possono essere solitarie e abbondanti (anche un litro e più), costituite di sangue più o meno rosso, non spumoso, misto a coaguli (*grande ematemesi rossa*); o essere moderata e ripetuta (50-200 cmc.) costituita di sangue che ha già subìto l'azione dei succhi digerenti (*piccola emorragia nera*).

L'ematemesi si distingue dall'emottisi per il fatto che in queste il sangue è sempre rosso, spumoso, senza coaguli e sopravviene in seguito a tosse.

Le *melene* compaiono di solito dopo le ematemesi: il sangue è evacuato sotto forma di feci nerastre. Spesso sono così poco abbondanti da potere essere svelate solo con reazioni di laboratorio (reazione di Weber al guaiaco, di Meyer alla fenolsulfonftaleina, di Rolland al piramidone).

L'*anemia acuta* è in rapporto con l'importanza dell'emorragia: il pallore della cute e delle mucose, la piccolezza e l'acceleramento del polso generalmente precedono l'ematemesi e sopratutto la melena. La persistenza di tali fatti depone per la ripetizione delle emorragie apparenti o nascoste. Piccole emorragie ripetute, che danno solo melene occulte, possono a lungo andare stabilire un'*anemia cronica* grave con i caratteri dell'anemia perniciosa.

I *disturbi nervosi* possono seguire o accompagnare le gastrorragie: oltre le lipotimie, le vertigini, i ronzii, che accompagnano generalmente le perdite di sangue, si può avere l'amaurosi che talvolta è definitiva, l'emianopsia, l'emiplegia con o senza afasia.

1. Le *gastrorragie dipendenti da malattie dello stomaco* possono essere in rapporto a lesioni diverse: ulcera cronica o acuta, cancro, ulceri tubercolari, sifilitiche, uremiche, gastrite emorragica.

Oltre al dolore caratteristico per la sua natura, per la sua sede, per la sua ripetizione in rapporto ai posti, il segno più costante dell'*ulcera gastrica cronica* è la gastrorragia che può estrinsecarsi con ematemesi e melene. Secondo recenti statistiche sembra che le ulceri iuxtapiloriche sanguinano più spesso delle ulceri delle piccole curvature. Le grandi ematemesi rosse apparterrebbero all'*ulcera callosa* delle piccole curvature, e le *grandi ematemesi nere* all'*ulcera stenosante del piloro.*

Nelle *ulceri acute*, che si manifestano per lo più in giovani, l'emorragia può essere molto imponente, ed è accompagnata da febbre. In tali casi mancano di solito i disturbi dispeptici concomitanti delle forme croniche, ed ogni sofferenza gastrica antecedente.

Nelle *ulceri tubercolari*, del resto molto rare, le ematemesi avvengono in soggetti con lesioni pulmonari gravi.

Le *ulceri sifilitiche* sono meno rare, si accompagnano a disturbi dispeptici meno precisi.

Nelle tabe si possono avere piccole ematemesi nel corso delle crisi gastriche, e anche grandi gastrorragie indipendenti dalle crisi.

Le *ulcerazioni uremiche* sono relativamente frequenti, ed in tali forme l'ematemesi costituisce il primo sintoma dell'uremia latente.

La *gastrite emorragica* può dar luogo ad abbondanti ematemesi. La recente esperienza ha dimostrato che tali affezioni sono meno rare di quel che si credeva e possono aversi in giovani anche non alcoolizzati.

Nel *cancro dello stomaco* le ematemesi sono poco abbondanti, nerastre come posa di

caffè, per quanto eccezionalmente il cancro possa manifestarsi con grandi ematemesi rosse come nell'ulcera. Bisogna pensare alla degenerazione cancerosa dell'ulcera quando i dolori dapprima intermittenti diventano continui e le ematemesi dapprima abbondanti e distanziate diventano piccole e ripetute.

2. *Le gastrorragie dipendenti da affezioni del fegato e degli organi sottoepatici* possono verificarsi nelle cirrosi, negli itteri, nelle colecistiti, nelle peripiloriti, nelle periduodeniti, nelle pericolecistiti, nelle appendiciti.

Nelle *cirrosi a tipo Hanot-Gilbert* le gastrorragie possono costituire il primo sintoma, mentre nelle *cirrosi di Lännec* sopravvengono come complicazione del periodo ascitico. Più particolarmente emorragiche sono le *cirrosi sifilitiche*. Su tutte queste forme il sangue emesso è rosso, poco modificato.

Negli *itteri gravi*, infettivi o tossici, (febbre gialla, spirochetosi ittero-emorragica, avvelenamento fosforico) si possono avere ematemesi più o meno gravi.

Le *colecistiti* e più frequentemente le *colecistiti calcolose* possono provocare grandi ematemesi, che spesso fuorviano la diagnosi.

Le *peripiloriti*, le *periduodeniti*, le *pericolecistiti*, le *aderenze* e le *malformazioni congenite* dell'intestino possono dare ematemesi, che talvolta si hanno anche in tutte le forme di *appendiciti*, subacute o croniche.

3. Le *affezioni della milza* che possono dare ematemesi sono la splenomegalia tromboflebitica, la splenomegalia di Banti, la splenomegalia emolitica, la tubercolosi della milza.

Le *splenomegalie tromboflebitiche* sono caratterizzate da ascite a ripetizione ed emorragie gastriche subentranti. L'anemia consecutiva a tali perdite di sangue si riparano facilmente e la milza diminuisce di volume dopo ogni emorragia.

Nella *splenomegalia di Banti* le ematemesi sono meno imponenti e non sono seguite da riduzioni del volume della milza. Costituiscono spesso una complicazione iniziale e non del periodo ascitico.

Nelle *splenomegalie emolitiche* il cui carattere essenziale è quello di evolvere non verso la cirrosi, ma verso l'anemia perniciosa, si hanno spesso grandi ematemesi.

Anche nelle *tubercolosi della milza* possono aversi gastorragie più o meno abbondanti.

4. Il sospetto di *gastrorragie da malattie vasali* deve essere avanzato ogni volta l'ematemesi si verifica in individui che presentano nèi vasali sulla pelle o segni di ipertensione e di arteriosclerosi.

Sono stati registrati casi di ematemesi ripetute in individui affetti da *angiomi cutanei*. Questa condizione si può ravvicinare alla malattia di Osler o angiomatosi emorragica familiare, che può estrinsecarsi con perdita di sangue delle mucose e sopratutto di quelle dello stomaco.

Nell'*ipertensione arteriosa* un aumento brusco della pressione vasale può determinare gastrorragia.

Un meccanismo analogo hanno le *gastrorragie arteriosclerotiche*, che si verificano sopra tutto quando la lesione arteriosa è particolarmente localizzata ai vasi addominali.

Anche gli *aneurismi dell'arteria splenica* possono dar luogo a gastrorragie ripetute. Va infine ricordata l'ematemesi che si verifica in occasione della rottura di un aneurisma aortico, e che generalmente proviene dall'esofago.

5. Nelle *malattie del sangue* le ematemesi sono frequenti e fanno parte delle emorragie multiple del quadro sintomatico. Tali malattie sono sopra tutto la *porpora emorragica* e *l'emofilia* ed in secondo luogo le *leucemie* le *aleucie emorragiche*, le *agranulocitosi associate*, le *anemie aplastiche*.

I *fattori anatomici e patogenitici delle gastrorragie* sono diversi nelle varie condizioni.

Nelle forme ulcerative l'emorragia si determina sopra tutto in seguito del processo di erosione del fondo dell'ulcera. Ma concorrono anche altri elementi: il fattore infettivo che spesso determina una crisi evolutiva dell'ulcus; il fattore nervoso, vagosimpatico che può provocare delle crisi congestizie; il fattore umorale, anafilattico con la conseguente modificazione della crasi sanguigna.

Nelle malattie del fegato è l'ipertensione portale, che provoca la rottura di varici esofagee o gastriche. Ma nel caso della cirrosi la mucosa gastrica sanguina da tutta la sua superficie, e perciò in queste forme si è pensato a possibili alterazioni dei capillari, del peritelio dei vasi, a insufficienza emocrasica, a concomitanti alterazioni spleniche.

Per spiegare le ematemesi della litiasi biliare, delle periviscerití, dell'appendicite si è pensato alla coesistenza di gastroduodenite emorragica.

Nelle splenomegalie l'ematemesi, come nelle cirrosi, è dovuta alla stasi venosa o al fatto che l'impedimento della circolazione arteriosa verso la milza provoca per via retrograda rottura dei vasi corti.

Nelle malattie dei vasi le gastrorragie sono dovute o alle fragilità dei capillari o all'aumento della pressione endovasale.

Le gastrorragie emogeniche trovano la loro spiegazione o in lesioni di endoteliti o nella diminuzione delle piastrine e della coagulabilità del sangue.

Tenuto conto della grande varietà delle cause delle gastrorragie è ovvio che la diagnosi offra spesso difficoltà che tuttavia non sono insormontabili. Bisogna procedere a tappe e per esclusione, tenendo presente innanzi tutto le affezioni gastriche che sono tra le più dirette e più frequenti cause dell'ematemesi. La diagno-

si spesso deve sfruttare tutti i sussidî che gli esami diretti e di laboratorio possono offrire: esami del succo gastrico, radiologici, ematologici, terologici.

La diagnosi di natura e sede della affezione originaria è indispensabile per l'indirizzo terapeutico.

Il *trattamento d'urgenza* dell'ematemesi qualunque ne sia la causa richiede il riposo assoluto a letto, il digiuno rigoroso, applicazioni di ghiaccio sull'addome, iniezioni di siero fisiologico a piccole dosi ripetute, clisteri di siero glucosato, trasfusione sanguigna.

Quando la gastrorragia è accompagnata da sintomi di perforazione l'intervento chirurgico immediato non si discute.

L'ulcera cronica richiede una cura medica rigorosa e prolungata, che può portare alla guarigione. Ma se le emorragie si ripetono è consigliabile l'operazione, se il paziente è in grado di sostenerla.

Nei cancerosi l'intervento si può tentare quando il neoplasma è limitato e non esistono metastasi.

Nella gastrite emorragica con o senza ulcera acuta la gastrectomia totale o parziale può essere indicata, ma solo dopo insuccesso della cura medica.

Nelle ulceri sifilitiche accompagnate da grandi emorragie la cura specifica ha generalmente un'azione eroica.

Le emorragie dei cirrotici comportano solo un trattamento medico. Ma Abrami ed Eppinger non esitano a consigliare la splenectomia specie quando la cirrosi è all'inizio.

Le ematemesi delle colecistiti, delle periviscenti, dell'appendicite si giovano delle cure, sopra tutto chirurgiche, delle rispettive affezioni.

Le gastrorragie da splenomegalie richiedono la splenectomia, che spesso dà la guarigione definitiva, specie quando il fegato non è ancora leso.

Le ematemesi emofiliache si giovano delle iniezioni di siero di cavallo. Quelle emogeniche si arrestano talvolta con la trasfusione, con la radioterapia della regione splenica o con la splenectomia. DR.

Sulla stitichezza e i problemi connessi.

Una serie di articoli sulla stipsi ha pubblicato *The Practitioner* (dicembre 1933).

CHALMERS WATSON ricorda che Barclay nel suo libro « Uno studio radiologico dell'anatomia, fisiologia e patologia del tratto intestinale » non vuol definire la stitichezza, perchè ogni caso è a sè e non si sa mai con precisione quando finisce il normale e comincia il patologico nè si sa che importanza abbia la stitichezza come fattore etiologico in svariate malattie (nefrite cronica, emorragia cerebrale, degenerazione miocardica cronica, artrite reumatoide, ulcera gastrica, malattie dell'appendice e della colecisti). Certamente molti hanno cercato di svalutare l'importanza della così detta « autointossicazione ».

Il Watson ha studiato, nei riguardi della stitichezza, il diaframma, che ha influenza sulle funzioni gastro-intestinali per l'azione meccanica che esercita sulla vena cava e sui linfatici addominali.

In molti malati di stipsi si trova una diminuita motilità diaframmatica, che si accompagna sul principio anche a batteriuria, la quale può anche condurre più tardi ad una pielite.

Ogni causa che tende ad abbassare il tono neuromuscolare generale dei tessuti contribuisce a provocare e mantenere la stitichezza. Per questa anche la dieta ha notevole importanza. Il Watson ritiene che la cura della stitichezza debba consistere nella rieducazione del diaframma e nell'alimentazione adatta.

J. GEOGHEGAN, occupandosi della *Cura moderna della stitichezza,* dice che questa è non una malattia, ma un sintomo, e si può considerare malattia solo perchè è molto diffusa.

Il sistema neuro-vegetativo ha importanza enorme nelle funzioni intestinali. L'influenza che su queste può esercitare lo stato psichico di un individuo è dimostrata dalla stipsi di chi ha fretta o è preoccupato. Il principale riflesso per la defecazione è quello gastrocolico, che è dato dalla muscolatura longitudinale del colon, e si produce 5-6 volte al giorno, per lo più provocato dall'ingestione di alimenti. Le feci così si accumulano nel sigma, finchè sono spinte nel retto. Lo stimolo alla defecazione è allora provocato da una pressione non molto alta (30-40 cm. di Hg.) e la defecazione stessa si compie coll'intervento attivo dei muscoli addominali e perineali con diaframma rigido in posizione di inspirazione profonda. Se non si risponde allo stimolo provocato dalle feci sul retto, la sua mucosa si assuefà e la stimolazione non avviene più.

Il cibo impiega 18 ore a raggiungere il sigma; secondo Hurst si ha stipsi se il cibo impiega più di 48 ore ad essere evacuato.

Nella diagnosi di stipsi bisogna anche tener conto delle abitudini igieniche generali, della regolarità dei pasti, della loro quantità e qualità, dell'esercizio fisico, della fretta, delle preoccupazioni, delle malattie intestinali precedenti, dello stato generale dei muscoli, della gravidanza, delle cure fatte.

Ci sono tre forme di stipsi: la spastica, la atonica e la dischezia.

Nello spasmo del colon la stipsi è irregolare con intervalli normali e si ha risposta a volte eccessiva, a volte insufficiente ai purganti. Si ha contemporaneamente dolore di natura colica e distensione da gas. Le feci sono acide e contengono muco. La palpazione permette di percepire il colon contratto. Si ha spesso con-

comitanza di colite mucosa, ulcera duodenale o appendicite cronica. Si tratta di uno stato di vagotonia.

Ciò è in contrasto con quanto si ha nella stipsi atonica, in cui il colon è flaccido e non risponde agli stimoli. Qui la stipsi è persistente, non variabile, le feci sono putrefatte e ad ammassi piccoli e duri. L'addome è spesso pendulo, i visceri sono ptosici, ci sono borborigmi. C'è spesso stasi cecale. Questa forma si ha negli stati tossici cronici, nel deterioramento fisico dell'età media e si associa spesso alla dischezia.

La dischezia è realmente rettale e dipende o da una mancata risposta allo stimolo o da un'inibizione alla risposta quando lo stimolo è avvertito. Si ha tanto nei casi di inibizione volontaria che in casi di danni alla muscolatura addominale e perineale o di cause che provocano dolore nella defecazione (p. es. ragadi, emorroidi).

L'esame radiologico permette di precisare il tipo di stipsi. Esso può anche individuare la causa della stipsi in un tumore (cancro) dell'intestino, nel qual caso la diagnosi precoce ha importanza notevole.

La dieta rappresenta la più semplice e spesso la più efficace cura. Il dare molta cellulosa (colle verdure) può essere utile solo in alcuni casi; nello spasmo del colon è inutile, anzi si deve diminuire lo stimolo di un colon già irritato e quindi ridurre i vegetali e preferire carne tenera e purées, ridurre anche gli zuccheri (perchè possono fermentare) e preferire latte e latticini, uova, burro e formaggio.

Invece nell'atonia del colon si richiede una maggiore stimolazione dell'intestino, quindi si daranno cereali, verdure, si ridurranno le proteine e si aumenterà la quantità di liquidi. Pare che in questa forma sia utile la vitamina B.

Per la dischezia, si deve aumentare la massa di feci, però si eviteranno i cibi crudi, si ridurranno le proteine, si aumenteranno i cereali, le banane, gli amidi, si aumenteranno i grassi, e sopra tutto si faciliterà la lubrificazione.

Il regolarizzare l'ora della defecazione è certo utilissimo. Se i liquidi sono in quantità scarsa, il solo aumentarli può migliorare la stipsi. In qualche caso giova bere a digiuno un po' di tè. Si consiglierà l'esercizio fisico. Indicati sono i massaggi addominali e la contrazione volontaria dei muscoli addominali (retrazione della parete addominale).

Fra i medicamenti la cascara sagrada è lo stimolante intestinale per eccellenza anche perchè è efficace anche se usato prolungatamente e deve darsi due volte il giorno.

L'atropina è indicata nelle forme spastiche.

I purganti salini alterano la tensione osmotica, aumentano il liquido intestinale e rilasciano gli sfinteri, quindi devono essere seguiti dopo 10' da somministrazione di liquidi caldi.

Utili sono i preparati mucillaginosi, come l'agar-agar, e la paraffina. Quest'ultima è particolarmente utile nella dischezia e si deve dare 2-3 volte al giorno in modo da mantenere persistentemente l'attività intestinale.

Può essere utile a volte associare vari medicamenti. Così nelle forme spastiche può giovare dare oltre l'atropina anche della paraffina o dell'agar-agar e, dopo qualche tempo, sostituire a questi preparati la cascara.

L'irrigazione alta del colon è utile sopra tutto per curare gli stati tossici secondari.

Giova spesso applicare delle supposte anali alla sola glicerina.

Della *cura fisica della stitichezza* si occupa C. B. HEALD, il quale tratta ampiamente dei massaggi, che non devono essere di troppo lunga durata, della ginnastica, che deve essere adatta ad ogni individuo caso per caso, della elettroterapia come sedativo generale (diatermia, raggi ultravioletti) e come applicazione locale. I lavaggi per il retto (Plombières, Suda) non giovano sempre e non sono alla portata di tutti i malati. Molto utile è certamente il bere acqua fredda la mattina a digiuno.

H. E. GRIFFITHS cita alcuni casi di *stitichezza dolorosa*. Il dolore è provocato da ostruzione; c'è in questi casi un sigma abnormemente lungo e la guarigione si ha colla resezione dell'ansa esuberante e l'anastomosi intestinale caso a caso. R. LUSENA.

Cisti congenita del cieco e invaginazione ileo-cecale.

(G. PETTA. *Ospedale civile di Feltre* - Agosto 1933).

L'A. descrive un caso di invaginazione ileocecale a tre cilindri, occorso in una bambina di dieci anni. L'invaginazione era stata determinata dalla presenza di una cisti congenita della parete cecale, la quale non aveva dato, in precedenza, alcun disturbo. Il meccanismo di produzione dell'invaginazione deve essere stato il meccanismo abituale dei tumori sporgenti nel lume intestinale: progressione a valle e trazione sul punto d'impianto. La cisti aveva le dimensioni di un uovo di piccione, era situata nello spessore della parete cecale anteriore ed era costituita da tre strati: sieroso e muscolare, in comune con l'intestino stesso; mucoso, proprio della cisti, con i medesimi caratteri della mucosa cecale; il contenuto era costituito da liquido bruno, inodoro, mucoso, senza elementi nè germi del contenuto intestinale normale.

Clinicamente: da dieci giorni si era manifestata una sindrome di occlusione che era andata progressivamente aggravandosi; mancavano però il sintomo di von Wall e il reperto palpatorio del cilindro dell'invaginazione. Esi-

steva difesa nei quadranti di destra, specialmente nell'inferiore; non febbre.

Il caso fu trattato con la riduzione dell'invaginazione, manovra ostacolata dal rigonfiamento a clava dell'estremo distale del cilindro invaginato, dovuto alla presenza della cisti; e con la fissazione dell'ansa alla parete addominale, per impedire il riprodursi dell'accidente. La cisti fu marsupializzata all'angolo inferiore della ferita operatoria.

In tutta la letteratura l'A. ha trovato solamente un caso (di Sprengel) di cisti congenita intestinale causa d'invaginazione.

L. FERRETTI.

ORECCHIO.

Le sindromi auricolari acute nella pratica generale.

(D. GUTHRIE. *British Medical Journal*, 6 gennaio 1934).

Le affezioni dell'orecchio hanno spesso un carattere allarmante, e perciò gli inglesi parlano di « orecchio acuto », come denominano « addome acuto » tutte le sindromi addominali che hanno una sintomatologia acuta imponente e richiedono un trattamento di urgenza.

La gravità delle affezioni auricolari oltre che in rapporto alle sofferenze immediate che provocano e agli esiti lontani, è determinata dal fatto che esse spesso si diffondono a organi vitali.

Da ciò la necessità di un'esatta diagnosi precoce e di un trattamento adeguato tempestivo.

L'otite acuta suppurativa è frequentissima nell'infanzia. Di solito è preceduta da un comune raffreddore o da una tonsillite: l'infezione passa all'orecchio medio a mezzo della tromba di Eustachio. È una complicazione comune della scarlattina e del morbillo. L'infezione proveniente dal condotto uditivo esterno è molto rara, e di solito segue a lesioni traumatiche.

Tenuto presente che nell'otite acuta il sintoma principale e spesso esclusivo è il dolore, giova ricordare le altre affezioni che possono dare dolore all'orecchio: il gonfiore prodotto da un dente in atto di spuntare, la carie dei molari, l'artrite temporo-mascellare, le tonsilliti, le infezioni dei seni nasali e l'erpete auricolare.

Va inoltre notato che le infiammazioni ed i foruncoli del mento possono dare anche otalgia, ipoacusia, otorrea accompagnate da febbre e tachicardia.

Tra le varie forme atipiche di otite media acuta vanno ricordate l'*otite latente dei ragazzi*, che senza sintomi acuti spiccati a carico dell'orecchio può dare febbre, vomito, diarrea, fotofobia e qualche sintomo di meningismo, e l'*otite setticemica* nella quale la fenomenologia generale prevale su quella auricolare.

In tutte queste forme la diagnosi di otite può essere fatta spesso solo in base all'esame del condotto uditivo e della membrana timpanica. Da ciò la necessità che ogni pratica abbia dimestichezza con tali esami, che non sono difficili, e possieda un otoscopio elettrico.

Nelle forme iniziali di otite acuta si nota arrossamento della parte superiore e posteriore della membrana e dilatazione dei capillari irradiantesi dal centro. Gradatamente questo rossore avanza fino ad invadere tutta la membrana. Nelle forme setticemiche ciò avviene in poche ore.

Se non si procede alla paracentesi la membrana può rompersi spontaneamente, dopo che ha presentato nella parte centrale un punto giallastro pulsante. Talora invece dell'arrossamento si può riscontrare un colore giallo canarino. E nei casi di media gravità la membrana può apparire raggrinzita, opaca, coperta di minute chiazze splendenti.

La raccolta di pus dietro la membrana del timpano deve essere trattata come ogni altro ascesso con l'incisione ed il drenaggio. Nei casi di media intensità e nella fase iniziale di ogni otite il dolore può essere alleviato con le applicazioni di glicerina contenente il 5 % di fenolo puro, che è di per sè stesso un buon anestetico. Anche le applicazioni di caldo secco sono vantaggiose e possono essere continuate anche dopo l'incisione della membrana.

L'apertura della membrana deve essere fatta non con uno strumento a punta, ma con un taglio sulla parte posteriore fino a raggiungere ed intaccare la parete del meato. L'anestesia locale si fa con il cloruro d'etile. Dopo l'operazione si introduce una striscia di garza imbevuta di alcool, che va mantenuta in sito per 24 ore.

In ogni caso di otite acuta suppurativa va tenuta presente la possibilità di diffusione alla mastoide.

La diagnosi di *mastoidite* non è sempre facile.

Nelle forme tipiche si ha dolore dietro l'orecchio, edema, dolenzia alla pressione della mastoide. La temperatura è una guida incerta, talvolta rimane normale. Con lo sviluppo della mastoidite l'otorrea può diminuire, ma anche diventare più profusa. Le due condizioni che più frequentemente possono indurre in errore sono i foruncoli del meato e l'ascesso delle glandole linfatiche che si trovano sull'apofisi mastoidea. Il foruncolo può produrre dolore e gonfiore della regione retroauricolare. L'udito rimane buono e la membrana timpanica normale, ma quando il meato è gonfio la membrana non è visibile, e quindi la diagnosi rimanere incerta. La suppurazione delle glandule linfatiche è spesso accompagnata da impetigo e simulare un ascesso mastoideo, ma l'esame otoscopico dà reperto normale.

La presenza di dolore alla pressione o alla percussione della regione mastoidea rende la

diagnosi di mastoidite più che probabile ma l'assenza di dolore non la esclude. Comunque il dolore mastoideo ha un valore diagnostico molto importante se compare una settimana dopo l'inizio dell'otite.

Il pus formatosi nella mastoide può espandersi in varie direzioni, in avanti verso la regione zigomatica, o lungo lo sterno-cleido-mastoideo invadendo i tessuti del collo.

Le complicanze intracraniche dell'otite acuta suppurativa non sono frequenti. I sintomi sono spesso così indefiniti da non dare un indirizzo diagnostico sicuro. Per lo più il quadro può essere confuso con quello dell'influenza, dell'endocardite, del tifo e di altre infezioni generali febbrili.

Il trattamento della mastoidite è essenzialmente chirurgico, ma ciò non vuole dire che bisogna operare qualsiasi caso sospetto. Al riguardo occorre tener presente che in molti casi di otite acuta si può avere una dolenzia della mastoide, e che forme di mastoiditi non gravi possono guarire in pochi giorni con il trattamento conservativo. Casi di tal genere sono riconoscibili dal fatto che il dolore e l'edema non hanno tendenza ad accentuarsi e che i fenomeni generali (temperatura, frequenza del polso) sono lievi. La mastoidite non è per se stessa fatale, ma lo può divenire per le sue conseguenze (setticemia, meningite). La persistenza e lo aggravamento dei fatti locali deve indurre all'intervento sollecito, prima che i fatti generali siano diventati allarmanti o compaiono i segni di diffusione. DR.

Otosclerosi: etiologia e cura.

(MACLEOD YEARSLEY. *The Practitioner*, novembre 1933).

Circa 30 anni fa il Denker pubblicò la sua classica monografia sull'otosclerosi, in cui descrisse quel tipo speciale di sordità cronica progressiva che per molto tempo era stato un problema oscuro per gli otologi.

La prima descrizione dell'otosclerosi era già stata fatta da von Trölsch.

La classica otosclerosi comincia negli adulti giovani. Però nei cento casi di cui scrive l'A., in 81 era cominciata fra i 10 e i 30 anni. Nel 55 % dei casi mostra una netta tendenza ereditaria. È più frequente fra le donne.

È caratterizzata da speciali modificazioni della capsula labirintica e in vicinanza della articolazione stapedio-vestibolare. Queste modificazioni comprendono un'anchilosi ossea delle staffe (già descritta da Valsalva, Morgagni e Meckel) con escrescenze osteofitiche della pelvi orale e della parte più bassa della scala timpani e del vestibolo, con aree isolate di osteoporosi nella parete labirintica ossea e nelle regioni della coclea e dei canali semicircolari.

Numerosi lavori sono stati pubblicati da allora. I più importanti sono quelli che trattano dell'otosclerosi in rapporto colle altre malattie delle ossa, con disordini della nutrizione ed endocrinie. Escat e Cornet mettono l'otosclerosi in rapporto con tossiemia cronica intestinale.

Non si sa quali alterazioni della corteccia del lobo temporo-sfenoidale e dei centri bulbari accompagnino l'otosclerosi. Il problema meriterebbe accurate indagini.

Per la somiglianza colle modificazioni ematologiche della tossiemia intestinale, della gravidanza non normale e della lues, anche queste furono ritenute causa dell'otosclerosi.

Nei 100 casi dell'A., 74 avevano stitichezza e la tossiemia intestinale era presente in 83. Anche acne e seborrea erano frequenti. In un caso c'era psoriasi, in 12 anemia. In 12 era stata tolta l'appendice e 10 avevano colite. In un caso v'era diabete e in 38 la dispepsia era il sintoma preminente, in uno c'era gozzo esoftalmico con reumatismo, in due c'era stato ittero, in 15 si aveva emicrania, in 20 piorrea, in 11 emorroidi e in 33 reumatismo.

L'inizio insidioso dell'otosclerosi e la sua progressività e la sua tendenza a periodi di stazionarietà fanno pensare più che a una lesione locale ad una condizione generale fondamentale, come una lenta intossicazione delle cellule corticali e di altri centri cerebrali dell'apparato auricolare, in cui le esacerbazioni dipendano da aumento dell'attività tossica e gli intervalli stazionari da aumento della resistenza o da diminuita produzione di tossine.

Il suo inizio frequente in coincidenza colla gravidanza fa pensare che veramente abbia importanza l'intossicazione intestinale, che è frequente in questo stato.

Gli organi a secrezione interna hanno certamente importanza .

Secondo Macleod Yearsley, l'otosclerosi dipende da un'alterazione cerebrale prodotta da tossine di origine intestinale.

La cura è varia, come in tutte le malattie ad etiologia ignota. Si usano: l'ioduro di potassio, l'iodio, l'antipirina, l'acido salicilico, il fosforo, la tiroide, la paratiroide, l'adrenalina, la tiosinamina. E localmente: iniezioni di pilocarpina nella tuba d'Eustachio, il massaggio dell'orecchio e altre cure pneumatiche. Si è persino ricorsi all'operazione radicale della mastoide e alla stapedectomia.

L'A. consiglia di curare l'intestino con alimentazione adatta, vaccini e specialmente lavaggio del colon e di fare contemporaneamente otomassaggi col metodo elettrofonoide di Zünd-Burguet. Egli ebbe così su 27 malati 2 insuccessi; 2 lievi miglioramenti, e negli altri miglioramento veramente utile.

I risultati sono migliori quando la cura è iniziata precocemente.

R. LUSENA.

DIVAGAZIONI

Riflessi condizionali e abitudini.

La dottrina dei riflessi condizionali ha aperto nuovi orizzonti allo studio delle attività psico-fisiologiche, dando la spiegazione di fatti finora rimasti oscuri o quanto meno fornendone interpretazioni plausibili.

È strano che molti fatti, che ora si spiegano sufficientemente al lume delle teorie del grande fisiologo russo, erano stati interpretati con ipotesi che molto si avvicinano alle deduzioni che si posson trarre dall'applicazione della dottrina dei riflessi condizionali.

Tale è il caso della formazione delle abitudini. W. James scrisse che le abitudini, come ogni altro evento nervoso, non sono altro che scariche riflesse, che hanno un sustrato anatomico in determinate vie del sistema nervoso. Più fondatamente Pawlow poteva scrivere più tardi che le differenti specie di abitudini formatesi con l'allenamento, l'educazione e la disciplina non sono che una lunga catena di riflessi condizionali.

Che cosa siano i riflessi condizionali è ben noto. A differenza dei riflessi ordinarii dei centri nervosi inferiori che sono costituiti da reazioni ben determinate a stimoli definiti e costanti (balzo della gamba in seguito alla percussione del tendine del quadricipite, restringimento della pupilla in seguito all'azione della luce, secrezione della saliva in seguito all'eccitazione della parete boccale in parte degli alimenti, ecc.), i riflessi condizionali si stabiliscono in seguito all'intervento di circostanze esteriori, che mettono in giuoco meccanismi nervosi superiori. Mentre i riflessi ordinari o assoluti sono innati e costituiscono una peculiarità della specie, i riflessi condizionali sono un'acquisizione dell'individuo.

Sono classiche le esperienze di Pawlow, esperienze fondamentali per la dottrina dei riflessi condizionali. Il grande fisiologo russo si servì della secrezione salivare che per l'evidenza e la graduabilità delle reazione meglio si presta allo scopo. D'altra parte la secrezione stessa all'infuori di ogni intervento sperimentale presenta fatti che sono da attribuirsi a riflessi sia ordinari o assoluti che condizionali.

L'introduzione di alimento nella bocca provoca un'eccitazione di vari recettori boccali la quale per via riflessa determina la secrezione salivare. È questo un riflesso ordinario e che può effettuarsi senza l'intervento delle parti superiori del cervello. Si tratta di un *riflesso assoluto*, e il fatto che lo determina è uno *stimolo assoluto*.

Ma la secrezione salivare può essere provocata anche in un altro modo: la semplice vista dell'alimento provoca la secrezione. In tale meccanismo lo stimolo non è più quello specifico della secrezione salivare e l'eccitazione non proviene dalla sede ordinaria di applicazione dello stimolo, la mucosa boccale, ma da un organo sensoriale diverso e segue vie che non sono quelle ordinarie e che interessano le parti alte del cervello.

All'eccitante specifico, assoluto se ne è sostituito uno diverso, *condizionale* perchè condizionato da circostanze varie, che si sovrappongono nel corso della vita dell'individuo.

Questo riflesso condizionale oculo-salivare si stabilisce spontaneamente, con un meccanismo che Pawlow ha messo in evidenza con i suoi esperimenti.

Allo stimolo visivo l'esperimentatore ne ha sostituito altri allo stato naturale affatto inattivi ed indifferenti. Se, per esempio, ogni qual volta si presenta al cane il cibo, si fa sentire all'animale un suono determinato, dopo un certo numero di ripetizioni di queste azioni combinate, la secrezione salivare si determina alla sola emissione del suono non associato alla presentazione dell'alimento.

In conseguenza si è stabilito il principio che se uno stimolo esteriore, nuovo ed indifferente, accompagna un gran numero di volte un altro stimolo che provoca una reazione riflessa definita, il primo finisce per determinare da solo la medesima risposta.

Da quanto precede si deduce che è possibile far comparire mediante l'educazione, l'allenamento appropriato a nuovi riflessi, e che questa possibilità ha un'importanza notevole nella vita degli organismi superiori.

Sta di fatto che la nuova produzione e rispettivamente la stabilizzazione dei riflessi condizionali è regolata da leggi che si sono potute abbastanza nettamente precisare.

Innanzi tutto è a rilevare che la relazione tra lo stimolo condizionale e la reazione è molto labile. Perchè essa si produca e si manifesti nettamente occorre ripetere più volte la combinazione degli stimoli. Ma con tutto ciò la combinazione è sempre temporanea, può scomparire, e dar luogo ad altre combinazioni se nuovi stimoli vengono ad associarsi ai precedenti.

Tutti i fenomeni del mondo esterno che possono essere avvertiti dall'organismo, ossia per i quali l'organismo possiede recettori appropriati possono divenire eccitanti condizionali, se sono spesso associati all'eccitante assoluto che provoca il riflesso banale.

D'altra parte il riflesso condizionale scompare se per lungo tempo non si riproduce l'associazione, la coincidenza dei due eccitanti.

Lo studio dei riflessi condizionali consente di apprezzare la delicatezza con la quale l'organismo avverte i fenomeni del mondo esterno e può distinguerli l'uno dall'altro, anche quando questa discriminazione non è consapevole.

Pawlow ritiene che questa facoltà sia in rapporto all'esistenza di analizzatori, che sono qualche cosa di più complesso dei semplici recettori periferici, in quanto comprendono le connessioni centrali che questi recettori contraggono con il cervello. La loro funzione è quella di separare le manifestazioni complesse

del mondo esterno e distinguerle le une dalle altre.

Un esempio chiarirà questo concetto. Se si stabilisce in un cane un riflesso salivare condizionale a mezzo di un suono di altezza determinata, esso si ripeterà invariabilmente ogni qual volta l'animale ode il medesimo suono, ma il risultato sarà negativo se si adopera un suono di altezza diversa anche vicino alla prima. Gli analizzatori spesso stabiliscono discriminazioni anche tra suoni differenti di un quarto di tono, e tra suoni dello stesso tono ma di timbro diverso.

Come si è detto i riflessi condizionali possono indebolirsi ed anche scomparire. Questa particolarità richiama un'altra questione, quella della loro inibizione.

In effetti i riflessi condizionali sono soggetti a due specie d'inibizione, una esterna o indiretta, l'altra interna o diretta.

L'inibizione esterna o indiretta è analoga all'inibizione spinale, che si verifica quando due centri sono in attività contemporaneamente, sorge un conflitto che si risolve con l'annullamento dell'attività del centro inferiore. L'effettuazione di un riflesso condizionale può essere annullata se contemporaneamente allo stimolo condizionale agisce un altro stimolo indifferente di maggiore intensità.

L'inibizione interna o diretta ha un'altra portata, è un processo che si stabilisce progressivamente dopo ripetizione di ore ed anche di settimane.

Se lo stimolo condizionale (nel caso più volte ripetuto del suono per la secrezione salivare) è più volte in disaccordo con lo stimolo non condizionale (ossia non coincide con i pasti) a poco a poco perde il suo potere eccitante, in rapporto ad un processo d'inibizione interna. Questa può manifestarsi anche in altre condizioni.

Si stabilisce un riflesso condizionale adoperando come eccitante uno stimolo luminoso, al quale si associa successivamente uno stimolo sonoro. A poco a poco i due stimoli diventano ambedue condizionali indipendentemente l'uno dall'altro, nel senso che il suono provoca la reazione salivare anche senza essere mai associata ai pasti. Ma prolungando l'esperienza nelle quali luce e suono sono associate, viene un momento in cui gli stimoli adoperati contemporaneamente non danno più alcuna reazione. Lo stimolo sonoro inibisce il riflesso condizionale luminoso, diventa cioè un inibitore condizionale.

Pawlow ha studiato ancora altre forme d'inibizione più complicate che rendono conto della complessità e labilità della formazione dei riflessi condizionali.

Lo stesso fisiologo attribuisce a questi fenomeni d'inibizione un'importanza capitale nella produzione del sonno.

Egli ha constatato che le esperienze nelle quali si adopera l'eccitazione termica della pelle come stimolo condizionale del riflesso salivare finiscono spesso con la sonnolenza dell'animale. Il contatto breve e ripetuto, o prolungato per qualche tempo, della pelle con un oggetto a temperatura costante tende a provocare il sonno. Pawlow ne deduce che esistono stimoli condizionali capaci non solo d'inibire singoli riflessi condizionali, ma di arrestare tutti gli altri fenomeni nervosi complessi, di sospendere ogni attività psichica, ossia di provocare il sonno.

Questo breve riassunto è sufficiente a spiegare come la dottrina dei riflessi condizionali possa avere larga applicazione per lo studio della formazione delle abitudini e delle condotte.

Accanto alla funzione elementare che ha il sistema nervoso di riflessi già preparati, innati, esiste un'altra funzione elementare: la capacità di formare sempre nuovi riflessi che si sovrappongono, si combinano in molteplici modi, si distruggono a vicenda.

La vita degli organismi superiori è la storia della produzione continua e dell'uso incessante di queste nuove combinazioni.

La condotta dell'uomo può essere considerata come sviluppata e dominata da una lunga catena di riflessi condizionali.

Le esperienze di laboratorio hanno dato risultati netti e decisivi, ma sono lungi dal ripetere le condizioni nelle quali si verifica la formazione e riproduzione spontanea dei riflessi condizionali.

Questi, è stato anche dimostrato, si formano più rapidamente, in numero più cospicuo e più complicato quanto più è sviluppata la cerebralità dell'animale.

Tutto induce quindi a ritenere che nell'uomo essi abbiano il loro maggiore sviluppo, la maggiore complessità, siano alla base della vita di relazione, costituiscano l'essenza dell'educazione, ed abbiano un'influenza decisa sullo sviluppo dei caratteri e dei costumi degli individui e delle razze.

Dr.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

R. ALESSANDRI. *Manuale di Chirurgia*, in quattro volumi rilegati in tela, Casa Editrice L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 360.

Sono stati pubblicati da poco, con magnifica veste tipografica dalla Casa Editrice Pozzi di Roma, i volumi III e IV del Manuale di Chirurgia dedicato dagli Allievi al Prof. Roberto Alessandri.

Essi precedono la imminente pubblicazione dei due primi volumi, dei quali anzi, il secondo, è diviso in due parti.

Questi volumi terzo e quarto sono dedicati a capitoli di Chirurgia speciale.

Essi non costituiscono un trattato di Patologia chirurgica, ma, come giustamente dice il titolo, sono redatti con intendimenti pratici e con notevole sviluppo della parte diagnostica, prognostica e curativa; sono cioè fatti per scopo e con indirizzo clinico.

Nel terzo volume di 842 pagine è trattata la Chirurgia delle parti molli e delle ossa del cranio, del cervello, dell'ipofisi, del midollo spinale, del sistema nervoso periferico e del sistema nervoso vegetativo, della colonna vertebrale e del bacino osseo e dell'apparato urinario. Tali capitoli sono redatti rispettivamente da Chiasserini, Dominici, Crainz, Stefanini, Mingazzini e Lozzi.

Nel 4° volume di 749 pagine è trattata la Chirurgia dell'addome per opera di Baggio, Dominici, Gussio e Valdoni.

La trattazione dei vari argomenti è completa e precisa; essa in modo chiaro mette al corrente il chirurgo, il medico e lo studente di medicina delle più moderne tecniche, delle acquisizioni e delle teorie più recenti, pur non dimenticando, anzi bene illustrando, la parte nosologica classica, che deve essere conosciuta.

Anche l'iconografia è buona, specialmente per i disegni e le fotografie; ottime anche le figure a colori delle quali i volumi abbondano.

L'opera fa molto onore alla Scuola da cui proviene, alla Casa editrice che ne ha curato signorilmente la stampa, al Maestro Italiano, che si vuole festeggiare con una pubblicazione che resti e che segni i punti di arrivo attuali della chirurgia. Ogni chirurgo, ogni studente, troverà in essa un'infinità di nozioni, difficilmente ritrovabili in altri trattati, anche moderni. L'ordine, la completezza dei capitoli che la compongono, unita alla succosità loro, rendono la lettura di questi volumi piacevole, oltrechè utilissima dal punto di vista didascalico. DOMENICO TADDEI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A Textbook of the Practice of Medicine, by various Authors, edited by F. W. PRICE. 4ª ediz., un vol. in-8° picc., di p. 1995, Humphrey Milford Oxford University Press, 1933. Rilegato.

La medicina progredisce con un ritmo accelerato, per modo che le trattazioni sistematiche rapidamente invecchiano. In qualche decennio sono sorti interi capitoli della patologia, come le disendocrinopatie, le avitaminosi e le allergosi; la diagnostica si è molto raffinata: basti pensare alle sieroreazioni od alle applicazioni dei raggi X; la terapia si è arricchita e va moltiplicando di continuo le sue possibilità: si tengano presenti l'opoterapia, la chemioterapia, la radioterapia, ecc.

Fortunatamente, nell'immensa quantità di cognizioni acquisite, quelle indispensabili per l'esercizio corrente di un buon medico sono limitate od almeno accessibili con facilità relativa, e si riesce a condensarle in volumi non ingombranti, facili a studiare, od almeno a consultare.

Maestri in tale campo sono gli americani, dotati di molto spirito di praticità.

Nel volume che ora presentiamo, sono state raccolte, appunto, le nozioni indispensabili per il medico generico, aggiornate fino quasi a tutto il 1933. Vi hanno collaborato 28 studiosi competenti, ognuno dei quali ha redatto un capitolo; un ricchissimo indice (138 pagine!) rende rapida e quasi istantanea qualsiasi ricerca.

Il volume è giunto alla 4ª edizione ed alla 11ª reimpressione, il che prova la rispondenza a un bisogno. Il formato ne è comodo, la mole non ne è eccessiva (grazie all'impiego di carta sottile). È molto raccomandabile a qualunque medico conosca l'inglese, anche mediocremente (poichè l'inglese scientifico è facilissimo). A. POZZI.

M. T. SCHNIRER. *Medicinal-Index 1934*. Un vol. in-16° picc. di 663 pag. F. Deuticke, Wien, 1934. Prezzo RM. 4,60, rilegato in tutta tela, RM. 6,90.

Ormai da 36 anni si viene pubblicando questo annuario medico che, nonostante le molte pagine, è di un comodo formato tascabile. Già da un paio d'anni, le due parti di cui si compone sono riunite in un solo volume, che costituisce un vero mentore per il medico. Tutte le nozioni, di cui questi può aver bisogno, si trovano qui raccolte, a cominciare da un riassunto diagnostico-terapeutico (circa 200 pagine) che dà, per tutte le malattie, disposte per ordine alfabetico, le indica-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

zioni per la diagnosi e la terapia. Altra parte molto importante e diffusa è il resoconto annuale terapeutico (circa 100 pagine) in cui troviamo le novità terapeutiche desunte da oltre 600 lavori della letterattura mondiale pubblicati nell'anno decorso. Segue l'elenco dei più comuni medicinali (circa 300 pagine) ivi compresi quelli nuovi e le specialità, con la composizione, le indicazioni, le dosi, ecc. Altri capitoli largamente trattati sono l'assistenza ostetrica, il pronto soccorso, ecc. oltre a numerose tabelle e dati di uso corrente, indicazioni sui luoghi di cura, elenco dei nuovi termini medici, ecc.

Per la sua comodità e praticità, per la ricchezza di nozioni, tale annuario costituisce un indispensabile vademecum per il medico.

fil.

Ergebnisse der gesammten Medizin. Volume XVIII. Pubblicato sotto la direzione di Th. Brugsch. Un vol. in-8° di 568 pag., con 123 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlin (e Wien). 1933.

Questo volume dell'interessante pubblicazione che raccoglie eccellenti monografie dettate da specialisti delle singole materie sui problemi più vitali della scienza medica, contiene i lavori seguenti.

Pneumotacografia clinica (P. Hochrein e K. Schneyer). Patogenesi, sintomatologia e terapia dell'uremia (E. Becher). La terapia con raggi limite nelle malattie interne (G. Bucky). La pielografia (H. U. Gloor). Il significato clinico dell'ormone paratiroideo (H. G. Scholtz). Genesi, diagnosi e trattamento della malattia ulcerosa dello stomaco. (R. Blum). Malattie cutanee allergiche (W. Scholtz). La terapia odierna del diabete (L. R. Grote). L'autointossicazione intestinale (E. Becher). Le malattie del cervello medio (H. U. Guizetti). L'elettrocardiogramma dell'iperfunzione tiroidea (G. Schöne). Segnaliamo fra le altre l'ampia ed esauriente monografia sulla terapia del diabete.

fil.

Actualités médico-chirurgicales. IIª serie. Un vol. in-8° di 289 pag. Masson e C.ie, Paris. 1933. Prezzo 28 fr.

I Direttori di Clinica dell'Università di Marsiglia hanno pubblicato qualche anno fa, con lo stesso titolo una serie di conferenze su questioni di attualità. Ne pubblicano una seconda serie di 14 in cui trattano — ognuno per la propria specialità — un insieme di problemi che interessano il pratico, tuttora soggetti a discussione. Ne citiamo qualche titolo. Fratture della coscia nel bambino (J. Bouyala). Le anemie spleniche nell'adulto (J. Olmer). Le sindromi emorragiche, diagnosi, interpretazione (R. Poinso). Il trattamento della tubercolosi genitale nell'uomo (Ch. Lahayville). Gli edemi dei cirrotici (J. Brahic). Le anomalie sierologiche della sifilide (A. Fournier e M. Bourret). Il pneumotorace bilaterale (L. Montaignier). L'appendicite pelvica (J. Giraud).

fil.

F. Bocchetti. *Il nuovo Sanatorio Militare di Anzio.* Vol. in-4° picc., di pag. 64, con numerose illustrazioni. Rilegato. Bergamo, Istituto Italiano d'Arti Grafiche.

In edizione elegantissima d'indovinato stile moderno, valendosi di una copiosa e suggestiva documentazione fotografica, il prof. Bocchetti descrive ed illustra il Sanatorio Militare di Anzio, che egli ha fondato e diretto con fervente passione e con valore.

L'attuale relazione è stata motivata dall'inaugurazione della parte nuova del Sanatorio.

Il Bocchetti si è prodigato con generosità nel creare, organizzare e far funzionare questo Istituto, che è signorile senza sfarzo, curato in tutti i dettagli, avvivato da uno squisito ed originale senso d'arte, avendo sempre di mira il conforto dei ricoverati in modo da alleviare loro il soggiorno e renderlo quasi gradito; ogni sensazione di malattia ne è bandita.

Il Bocchetti ha operato dei prodigi. I risultati sono consegnati in una lapide che egli, nel suo stile espressivo, annunzia come « bollettino della vittoria »: dal settembre 1919 al settembre 1933, su 10.973 ricoverati, si ebbero 9103 giovani restituiti alla società in buona efficienza e senza che rappresentino più un pericolo; si ebbero inoltre 1324 migliorati; residua una quota minima di morti (201) e di peggiorati (341).

È quanto basta a dimostrare l'utilità dell'opera, sorta or è un quindicennio, ma sviluppatasi nel nome e sotto gli auspicî del Duce.

A. P.

Det Norske Medicinske Selskab, 1833-1933. Festskrift ved selskapets 100-Ars Jubileum. Vol. di pag. 265 in folio, con fig. nel testo. Oslo; Steenske Boktrykkeri Johannes Björnstad A/S, 1933.

Pubblicazione giubilare, attraverso le cui pagine risalta evidente la dimostrazione della feconda attività scientifica e professionale del mondo sanitario norvegese e dell'interessamento che l'Associazione Medica della Norvegia ha portato per lo studio e la soluzione di problemi clinici e di medicina sociale.

Il volume, doviziosamente corredato di documenti iconografici, ci rende note anche le figure di parecchie personalità mediche, che, a noi del Mezzogiorno europeo, non sono famigliari, ma che meritano di essere tuttavia da noi ricordate, perchè, pure per essi, è doveroso un senso d'ammirazione e venerazione, avuto riguardo ai loro non indifferenti contributi in ogni campo della nosologia.

Tegoni.

G. B. GRÜBER. *Einführung in Geist und Studium der Medizin.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo Mk. 4,80.

La medicina influisce sullo sviluppo delle altre scienze ed assorbe e sfrutta i progressi negli altri campi della conoscenza. Essa d'altra parte sente l'influsso del clima sociale ed ha notevoli ripercussioni sulla vita.

L'A. passa in rassegna i fatti più significativi di queste relazioni reciproche e ne trae deduzioni pratiche per la metodica dello studio della medicina e per l'esercizio professionale. DR.

Antologia Medica di Arte e Varietà. Parte prima: *Medici musicisti*, redatta dal dott. CESARE SACCONAGHI. Un op. di 62 pag. con illustrazioni. Milano, presso l'Ufficio Stampa Medica Italiana, 1933. Prezzo: L. 4.

L'operoso prof. Piccinini ha intrapreso questa pubblicazione, la cui prima parte è redatta dal Sacconaghi, promotore e organizzatore dell'Associazione Medici Musicisti Italiani: essa reca cenni biografici su di una cinquantina di medici che sanno essere anche musicisti. Gl'introiti della vendita sono destinati a un'opera di bene, e cioè agli orfani di medici morti in guerra. A. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 dicembre 1933-XII.

Presidenza: Prof. G. B. FIOCCO.

Tumore del lobo frontale.

Prof. C. PASINETTI. — L'O. riferisce su di un caso di glioma del lobo frontale destro, comprendente i giri II e III ed estendentesi in profondità fino al ventricolo laterale, in cui mancava qualsiasi segno di aumentata tensione endocranica ed alterazioni del carattere e delle facoltà psichiche; la sintomatologia inoltre — lieve ictus e paresi degli arti di sinistra — era spiegabile con lesioni arteritiche e lesioni renali croniche. L'autopsia confermò l'esistenza di dette lesioni.

L'O. fa osservare la presenza di uno stato di distrofia ed atonia muscolare evidentissimo agli arti di sinistra e si domanda se ciò non potesse esser messo in rapporto col tumore a destra, ciò che verrebbe a confermare la reale presenza di un fascio fronto-ponto-cerebellare. Ritiene molto importante in tutti i casi di sospetto tumore frontale osservare se esistono fenomeni di tipo cerebellare come quelli che presentava la paziente.

Effetto ipoglicemizzante del blu di metilene nel soggetto normale e nel diabetico.

Dott. S. GABRIELLI. — L'O. ha studiato l'azione di questa sostanza, sperimentando il comportamento della glicemia e le variazioni della prova di carico nei normali e nei diabetici. Con dosi variabili di blu (ctgr. 0,30-0,60 per kg.) in soluzione all'1 % ha ottenuto in tutti i casi un cospicuo abbassamento della glicemia a digiuno e di quella alimentare che talora risultò minore del 40-50 % in confronto con le prove di controllo. L'O. riferisce sulle probabili interpretazioni di tali fenomeni ipoglicemizzanti ponendoli in rapporto con ulteriori ricerche in corso.

Capacità pessica negli elementi del sistema reticolo-istiocitario del derma cadaverico.

M. VOLTOLINA. — L'O. dimostra, partendo da un reperto ottenuto negli strati istologici del derma umano in seguito ad iniezioni di trypanblau, la possibilità di svelare nei citoplasmi di cellule proseliti del sistema reticolo-istiocitario le caratteristiche pletore-granulari, ritenute segno della incubazione metabolica.

L'O. afferma il significato sopravitale delle granulazioni trypanofile da lui indotte negli elementi istiocitari per le seguenti ragioni: la granulia endocellulare rilevata negli elementi in questione è assolutamente simile a quella che si ottiene in vivo con gli stessi mezzi; esiste un territorio cronologico, la cui estensione varia in rapporto all'età ed alle condizioni individuali, oltre il quale non è più concesso il rilievo di cellule tipicamente trypanofile.

Tumore ovarico benigno con ascite.

Dott. G. VIAN. — L'O. espone un caso clinico concernente un fibroma ovarico puro totale torto sul peduncolo, con ascite. Passa in rassegna le varie teorie sulle cause del versamento e cerca di interpretarle nel caso in esame; fa presente come di fronte a un'ascite con neoplasma ovarico si debba anche pensare alla possibilità di un tumore benigno.

Dott. E. POLICHETTI. — *La narcosi con evipan sodico.*

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Ospedale di S. Spirito in Sassia - Roma
Reparto Maternità
diretto dall'Aiuto-Ostetrico dr. E. Fronticelli

Emorragie vaginali da ustioni da permanganato di potassio in pastiglie, introdotto a scopo abortivo

per il dott. Alessandro Valenzi.

Con questa breve nota vogliamo specialmente richiamare l'attenzione dei medici pratici su una causa di emorragie vaginali che assai frequentemente suole incontrarsi, e non solo nelle grandi città.

Malgrado la legge severamente punisca coloro che favoriscano l'interrompere delle gravidanze, pure assai spesso ci è dato osservare questo delitto contro la maternità, sebbene solo in un piccolissimo numero di casi si possa avere la prova dell'azione criminosa.

In questi ultimi tempi nella Maternità di S. Spirito sono capitate sotto la nostra osservazione ben 9 pazienti che, essendo gravide nei primi mesi o essendo solo timorose di esserlo, vennero ricoverate in corsia in preda a profuse emorragie vaginali, da profonde perdite di sostanza determinate dall'introduzione di un caustico nella vagina: il permanganato di potassio in pastiglie.

Non poche volte, all'inizio del nostro servizio, rimanemmo colpiti dallo stato di shoch e di pallore delle pazienti e fummo dubitosi sulla sorgente dell'emorragia così imponente senza alcun segno di travaglio abortivo.

Tale barbaro procedimento per determinare, secondo il concetto del popolino, il *ritorno della mestruazione*, fa pensare ai non rari casi, osservati alcuni anni or sono, di introduzione di pastiglie di sublimato in vagina a scopo abortivo. La morte della paziente seguiva abitualmente la grave intossicazione prodotta dal riassorbimento del veleno, ma non sempre lo stimolo chimico prodotto dal caustico applicato contro la *portio* determinava l'aborto. Mentre in quei casi predominavano le manifestazioni tossiche generali (nefrite, anuria, ecc.), con l'uso del permanganato prevalgono le gravi emorragie e la conseguente anemia acuta. Le p., nessuna esclusa, negano sempre qualsiasi manovra abortiva e regolarmente rispondono, alle domande del medico, che improvvisamente, nel più perfetto benessere, per le cause più strane (caduta, spavento, litigi, ecc.), hanno cominciato a perdere sangue in quantità più o meno abbondante dai genitali. In quasi tutti i casi, ripeto, lo stato generale si presenta grave e le donne sono profondamente anemizzate. E questo è certamente dovuto alla notevole e lunga perdita di sangue poichè le donne tardi ricorrono alle cure del medico e solo allora quando vi sono spinte, piene di spavento, dalle ripetute lipotimie. Il polso è piccolo, frequentissimo, vuoto, a volte percepibile solo con estrema difficoltà; la cute e le mucose pallidissime; non manca, in poche parole, alcuno dei sintomi dell'anemia acuta, e che non staremo qui a ripetere.

All'esame obbiettivo vediamo fuoriuscire dall'ostio vaginale sangue in maggiore o minore quantità, ma quello che colpisce e che subito, a volte, mette sull'avviso della causa dell'emorragia, questo sangue è *rosso vivo, rutilante*. All'esame manuale dell'apparato genitale si può trovare una gravidanza uterina di varie età e, *cosa notevole*, collo persistente, chiuso, senza alcun segno di aborto in atto. A volte si può ritrovare nel fondo vaginale un corpo estraneo piccolo, o granulazioni più o meno dure che subito fanno pensare alla causa dell'emorragia come pure si possono avvertire delle perdite di sostanza; ma, più spesso, l'esame manuale nulla rivela ed è solo coll'esame colle valve che si ha la spiegazione diagnostica.

La lesione anatomo-patologica è così netta da non lasciare quasi mai dubbi. In qualsiasi tratto della vagina si vede una perdita di sostanza spessissimo rotondeggiante, a margini netti, della grandezza di un soldo o più, a fondo nerastro, più o meno profonda, sanguinante abbondantemente, e in cui può notarsi una polvere nerastra. Questa lesione non è quasi mai sola ma alla parte perfettamente opposta si nota altra perdita di sostanza cogli stessi caratteri summentovati. In un punto di essa può vedersi spesso la boccuccia di un'arteria che geme sangue intermittentemente.

Constatata la presenza della lesione, la diagnosi è fatta, e subito se ne ha, solo allora, la conferma dalla donna spaventata.

La ulcerazione vaginale da permanganato ben difficilmente può essere confusa con altre lesioni emorragiche della vagina, quali neoplasmi, ferite lacero-contuse da coito o da cor-

pi estranei (tentativi di introduzione di cateteri a scopo abortivo, ecc.). I tumori hanno la caratteristica durezza della superficie ulcerata, le ferite lacero-contuse sono più o meno lineari, e non rotondeggianti e mai simmetriche sulle due opposte superfici vaginali. Si noti poi che mentre le indicate lesioni violente sono spesso poco emorragiche, possono risultare penetranti nei fornici o peggio nella cavità peritoneale. La ustione da permanganato invece è fortemente emorragica, ma non si approfonda oltre la tunica vaginale media.

La cura è facile e la maggior parte delle volte basta un tamponamento vaginale con garza iodoformica, tenuto in posto per 24 ore, perchè tutto sia finito; ma non è infrequente si debba con uno o più punti di sutura legare qualche arteriola vaginale. Colle cure dell'anemia acuta finiremo di assolvere il nostro compito.

Nei 9 casi osservati, e in cui solo in 6 esisteva gravidanza, una sola volta abbiamo veduto seguire, ma a distanza di venti giorni dall'introduzione del permanganato, interruzione della gravidanza stessa, e in questo caso essa fu dovuta probabilmente ad ipoplasia uterina di discreto grado da cui era affetta la paziente.

Negli altri casi quasi tutti tornati a gravidanza inoltrata nell'ambulatorio o ricoverati alla maternità per il parto, questo avvenne regolarmente.

Abbiamo voluto scrivere questa breve nota certo di non grande valore scientifico per richiamare l'attenzione dei medici pratici su una causa di emorragie vaginali frequente ad incontrarsi e ad invitarli a fare un esame della vagina colle valve tutte le volte che l'esame obbiettivo non dia netta spiegazione della notevole perdita di sangue.

E per dimostrare l'importanza di quanto asseriamo, riferiamo il caso narratoci da un ottimo chirurgo.

Una sera fu condotta all'Ospedale da lui diretto, una donna in preda a stato di grave anemia acuta. La p. asseriva di avere *un ritardo mestruale* di qualche giorno e di perdere sangue dai genitali da qualche ora. Lo stato generale era quello della donna profondamente anemizzata. All'esplorazione vaginale fu trovato un utero coi segni di una gravidanza iniziale, ma con collo conservato ed orifizio esterno chiuso. A destra dell'utero si notava una piccola tumefazione della grandezza di un uovo di gallina, mollastra, indolente. Fu posta diagnosi di gravidanza estrauterina e la p. fu condotta in sala operatoria. Aperto il ventre non si rinvenne alcuna inondazione peritoneale di sangue, ma un utero alquanto globoso e di volume maggiore della norma e a destra di esso una piccola cisti ovarica che fu asportata. Chiuso l'addome e constatato che l'emorragia persisteva fu subito praticato un esame vaginale colle valve. Fu facilmente constatata una doppia classica ustione da permanganato alla parte media delle due superfici ant. e post. della vagina e solo allora fu posta la vera diagnosi e solo allora la p. si decise a confessare la verità! La p. ad ogni modo guarì per prima intenzione e, malgrado il doppio trauma, la gravidanza proseguì regolarmente.

RIASSUNTO.

La introduzione in vagina di permanganato di potassio in pastiglie a scopo abortivo, produce ustioni che dànno gravi emorragie e stati di anemia acuta ma non l'interruzione della gravidanza.

CASISTICA E TERAPIA.

L'edema climaterico.

L'edema climaterico non è circoscritto, ma diffuso e passa gradatamente e quasi insensibilmente alla cute normale. Di colore per lo più pallido, talvolta normale, ma non mai bluastro o rossiccio. Sedi di predilezione: le mani e l'avambraccio, ma anche piedi e gambe, molto raramente il viso.

Spesso scompare nelle ore del mattino per ricomparire poco dopo. Molto ostinato, recidiva facilmente, per lo più, si manifesta insieme con altri disturbi psichici, nervosi, vasomotori degli anni del climaterio, durando poi molto tempo in seguito. Talora, porta ad idee ipocondriache, mantenute talvolta dallo stesso medico, con timori di malattie cardiache o renali o di ipotiroidismo.

H. Curschmann (*Med. Klinik*, 15 sett. 1933) riporta due casi in donne di 48-52 anni, in cui la diagnosi di ipotireosi poteva essere eliminata per i valori normali della concentrazione proteica e della viscosità del siero di sangue, la mancanza di dilatazione cardiaca e della tipica diminuzione di frequenza del polso e di pressione sanguigna, di anemia od adinamia come pure di ogni disturbo psichico. Così pure, si poteva escludere ogni malattia cardiaca o renale.

L'edema climaterico può ritenersi prodotto da insufficienza delle ghiandole germinative. I consueti diuretici, la digitale, la diuretina, ed anche la tiroidina non hanno nessun effetto, mentre invece la somministrazione di ormone sessuale femminile (progynon) o l'eliminazione dei disturbi vegetativi climaterici agisce favorevolmente anche sull'edema.

fil.

L'influenza della vita sessuale della donna sulla etiologia delle pielonefriti.

Secondo C. Leputre (*Revue franç. de Gyn.*, sett. 1933) è innegabile l'importanza della vita sessuale femminile nel determinismo delle pielonefriti, e con l'A. possiamo distinguere vari casi:

I. *Pielonefriti da deflorazione.* — Le lacerazioni dell'imene ed il traumatismo dell'uretra a livello dell'orificio in occasione del primo esito sono le porte di entrata dei germi (Rowsing, Asahara, Wildbolz, Sippel ecc.).

II. *Pieliti da gravidanza.* — Lo stato di gravidanza determina delle condizioni favorevoli allo sviluppo di infezioni pielorenali, molto spesso colibacillari (90 %), in altri casi da enterococco, stifilococco, streptococco.

Le cause sono non tanto d'ordine meccanico quanto di natura dinamica: è la stasi d'origine dinamica per diminuzione della sensibilità della pelvi la causa prima delle pieliti da gravidanza. Inoltre la gravidanza provoca delle lesioni irritative dei reni.

Abbiamo anche delle pielonefriti le quali esordiscono solamente in seguito al traumatisma del parto.

III. *Pielonefriti da affezioni ginecologiche.* — L'influenza delle lesioni genitali, per l'intimo rapporto dell'apparato genitale con quello urinario, è netta.

Vediamo così sopravvenire dolori uretrali e pielici semplicemente per congestione in occasione di mestruazioni.

Tumori solidi o liquidi degli annessi, tumori dell'utero, annessiti, comprimendo e spostando l'uretere determinano in esso fatti di stasi e quindi infezione del tratto soprastante. Molte infezioni degli annessi, dell'utero, del collo (cerviciti, perimetriti ecc.) possono propagarsi alle vie urinarie, o per continuità ureterale ascendente o per ascensione linfatica. Spesso una trigonite, o una uretrite sono mantenute da una pervicervicite o perimetrite, e non guariscono se non si curano queste.

IV. *Pielonefriti da interventi ginecologici.* — Queste pieliti non sono rare e possono essere determinate, o per una deviazione o lesione dell'uretere che provochi una stasi e quindi infezione, o in seguito alla ritenzione vescicale postoperatoria, molto frequente dopo interventi ginecologici. V. LOZZI

L'irudinizzazione delle flebiti e nelle forme infiammatorie ginecologiche.

Contro le flebiti puerperali e post-operatorie vari esperienti terapeutici sono stati adoperati con vario risultato. Molto discussa attualmente è la irudinizzazione: terapia questa che risale alla prima metà del 1800 e che è stata abbandonata e ripresa più volte.

Discordi sono le opinioni sul meccanismo di azione dell'irudina: per alcuni il sanguisugio agisce come il salasso; per altri l'irudina aiuterebbe l'organismo a liberarsi dai germi produttori della flebite, forzando la barriera tra circolazione (leucociti) e reticolo endotelio.

M. Macciotta (*La Clinica Ostetrica*, gennaio 1934) ha voluto controllare l'efficacia dell'irudinizzazione nelle flebiti puerperali e post-operatorie. Egli ha applicato 7-8 sanguisughe lungo tutto il decorso dei vasi lesi, lasciando staccare spontaneamente le sanguisughe e defluire il sangue per qualche ora. Associò sempre alla irudinizzazione la immobilizzazione dell'arto.

I risultati ottenuti sono stati costantemente ottimi essendosi ottenuto la guarigione in 11-12 giorni in media. L'A. ha eseguito il conteggio dei globuli bianchi e rossi e dosata l'emoglobina ed ha constatato che dopo l'irudinizzazione si ha diminuzione del numero degli eritrociti e forti aumenti dei leucociti. Per molti questo aumento sarebbe il movente dell'azione terapeutica dell'irudina. L'emoglobina subisce una modica diminuzione. La velocità di sedimentazione aumenta sempre dopo la irudinizzazione e tale aumento si mantiene per molti giorni.

L'A. ha anche applicato la irudinizzazione secondo Aschner in alcune forme infiammatorie uterine, annessiali e pelviperitonitiche. Egli ha posto 8-10 sanguisughe all'ipogastrio e su di un quadrante o ambo i quadranti inferiori dell'addome.

Ben scarsi risultati dette nelle malate così trattate, la irudinizzazione, tanto che si dovette sempre ricorrere ad altre risorse terapeutiche. Anche altri sperimentatori hanno avuto consimili risultati.

L'A. conclude che mentre l'irudinizzazione è un ottimo mezzo di cura per le flebiti, non lo è altrettanto per le forme infiammatorie annessiali ed uterine. VICENTINI.

L'acido picrico nelle metriti del collo.

Fayot (*Journ. des praticiens*, 16 dic. 1933) consiglia l'uso di una soluzione quasi satura di acido picrico (8/1000); se ne imbeve una striscia di garza che si lascia in posto per circa 20 ore, ripetendo le medicature due volte la settimana. L'A. associa all'acido picrico un derivato dell'acridina, la rubacrina, in ovuli contenenti:

Acido picrico	
Sulfosterol	ana cg. 5
Rubacrina	» 2

Due-tre ovuli la settimana; dopo 2-4 settimane si è ottenuto il risultato. Il trattamento non determina dolori ed è ben tollerato. *fil.*

La cura della colpite da Tricomonas vaginalis.

Le « perdite » vaginali rappresentano un disturbo assai frequente e molto molesto. R. Spiegler (*Münch. Med. Woch.*, 6 ottobre 1933) ricorda che tali perdite possono essere: bianche,

di natura non infiammatoria, e legate di solito a stati di ipersecrezione dei genitali, in rapporto a processi di iperplasia o a disturbi del circolo (per lo più venoso) locali; gialle, ricche di leucociti, e legate ad uno stato di infiammazione (di ogni natura) dei genitali; o rossastre.

Tra le cause più frequenti di perdite gialle è la colpo-vaginite dovuta al tricomonas; si tratta di una forma assai resistente alle comuni cure, che si accompagna a disturbi locali (premito, bruciore, ecc.) e ad uno stato di depressione e irritabilità nervosa.

La prova del tricomonas è facilmente raggiunta con l'esame microscopico in campo oscuro.

R. Koelsch e G. Tsutsulopulos (*ibidem*) ritengono che la cura migliore sia il trattamento con un acido oxiacetilaminofenil-arsinico — che si somministra alla dose di 3-4 tabloidi al giorno — da porsi direttamente in vagina per tre o quattro giorni di seguito: indi un tabloide ancora per qualche giorno.

L'effetto è dei più brillanti e generalmente non si hanno recidive. V. SERRA.

L'abuso delle iniezioni vaginali.

P. L. Pierra (*Rev. franç. de gynéc. et obst.*, luglio 1933) rileva anzitutto che spesso le iniezioni vaginali sono troppo calde; spesso ha osservato delle ustioni vaginali profonde, con l'uso di cannule a doppia corrente, che preservano la vulva, regione sensibile.

D'altra parte, spesso le iniezioni vaginali sono insufficienti, in quanto che la cannula non raggiunge il cul di sacco posteriore, mentre l'acqua non viene poi completamente espulsa; rimanendo così in vagina per alcune ore, si possono produrre delle macerazioni del collo.

Nei casi acuti ed anche nei cronici, è sempre preferibile l'astensione da ogni lavanda vaginale; meglio vale lasciare gli organi in riposo.

L'aggiunta di antisettici è inefficace, in considerazione che è necessaria una forte diluizione per evitare l'irritazione locale. Meglio di tutto è l'acqua bollita.

Le lavande vaginali della donna sana costituiscono un abuso, che non è giustificato da nessuna ragione d'igiene. *fil.*

Un particolare di tecnica nell'amputazione della mammella per cancro.

Con la tecnica classica, l'amputazione della mammella, con sezione dell'aponeurosi clavi-coraco-ascellare a livello del margine superiore del piccolo pettorale, lascia un tratto di aponeurosi compresa tra il piccolo pettorale e il succlavio e i linfatici e i gangli che essa ricopre.

Per asportare completamente l'aponeurosi, i linfatici e i gangli sottoclaveari e i linfatici che talora vanno direttamente dalla mammella ai gangli sopraclaveari, Duval e Redou (*Journ. d. chir.*, ottobre 1933) adoperano la seguente tecnica: dopo staccato il gran pettorale dalle sue inserzioni sternali clavicolari e omerali e ribattutolo in basso, s'incide l'aponeurosi sul coraco brachiale, si prosegue la sezione fino alla coracoide per distaccare il piccolo pettorale e si prolunga medialmente, a ridosso della clavicola aprendo la guaina del succlavio. Si disinserisce la porzione mediana di questo muscolo in modo da poter far passare un uncino capace di sollevare fortemente la clavicola. Quindi con l'aiuto di un dito insinuato sotto la clavicola vengono disinseriti gli attacchi clavicolari e costali di questo muscolo. Vengono così esposti i vasi retroclavicolari ed è resa facile l'adeno-cellulectomia continua da questa regione fino all'ascella, con asportazione completa dell'aponeurosi clavi-coraco-ascellare, restando gli altri tempi dell'intervento come nella tecnica classica. G. PACETTO.

IGIENE.

La lotta antimalarica nell'Agro Romano.

Gradatamente, ma irresistibilmente, l'Agro Romano viene redento dalla malaria, per una azione concorde d'ingegneri, agricoltori e medici, attuandosi così il concetto d'*integralità della bonifica*, concetto instaurato con la legge Mussolini.

Riguardo all'azione igienico-sanitaria, essa è condotta con lo stile che la grandiosità dell'opera comporta.

È complessa ed organica: ha per centri le numerose stazioni sanitarie dell'Agro.

I due principali artefici, G. Pecori e G. Escalar, hanno ora descritto, con l'abituale precisione ed obbiettività, la campagna del 1932 (*Rivista di Malariologia*, 1933, n. 5).

Per valutare quest'azione, basta fermarsi ai risultati. La cintura di terre intorno a Roma, il Lido ed il parco di Castel Fusano sono ormai del tutto indenni da malaria: il Governo Fascista, con R. Decreto 8 maggio 1932, ha sclassificato questo territorio, esteso 12.000 ettari, dalle zone malariche.

L'incidenza della malaria in tutto l'Agro si è ridotta ancora, da 3,2 % nel 1931 a 2,6 %, ossia in proporzione del 16 %. Le infezioni primitive sono state appena 0,81 %. Ancora più significativa è la regressione delle forme gravi: la terzana maligna si è riconosciuta in 519 casi, su di un totale di 2184; ossia in meno del 25 %. L'incremento della popolazione, la quale ha toccato 82.087 abitanti, denota di per sè stesso la regressione della malaria dal vasto territorio, un tempo quasi spopolato.

È impressionante quest'azione grandiosa, che non ha riscontri in altri Paesi.

Si può legittimamente prevedere che tra alcuni anni la malaria non sarà più un problema per l'Agro Romano. G. T.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Calcificazione del carcinoma di Twort nel topo (in vivo) per mezzo di viosterolo.

John W. Spies e George P. Lyman (*Archives of Surgery*, sett. 1933) si sono proposti di studiare in via sperimentale se il viosterolo (soluzione di ergosterolo irradiato in olio di sesamo) produce la calcificazione di un carcinoma, e, nel caso, quale effetto questa può avere sullo sviluppo dello stesso tumore e sull'animale.

Per tali esperimenti gli AA. si sono serviti di un carcinoma di topo trapiantabile, fornito dall'« *Imperial Cancer Research Institute* » di Londra; il neoplasma fu scoperto da Twort e così porta il suo nome. Piccole parti di questo tumore furono trapiantate nel tessuto sottocutaneo dell'addome di alcuni topi. Il viosterolo fu iniettato nella cavità addominale perchè per questa via veniva assorbito più prontamente e in maggior quantità.

Gli studi istologici mostrarono che: 1) la presenza di grandi quantità di calcio nel neoplasma non porta con sè una maggiore mortalità delle cellule cancerigne nè accelera la fibroplasia; 2) la deposizione di calcio nei tumori corrisponde ad un'uguale deposizione nei tessuti normali; 3) la calcificazione dei tessuti dell'animale è indipendente dalla presenza del tumore; 4) negli animali sui quali si esperimentò non fu apprezzata un'influenza del viosterolo sul corso del carcinoma di Twort; 5) dopo trentaquattro giorni si manifestarono gli effetti tossici del viosterolo sulle condizioni generali degli animali.

Gli AA. sconsigliano perciò l'uso di alte dosi di viosterolo nel carcinoma dell'uomo, e questo sia perchè essi non notarono mai una regressione del tumore con l'iniezione di questa sostanza, sia perchè i fatti di necrosi del tumore si mostrarono indipendenti dall'uso di essa; sopratutto inoltre gli animali ammalavano e morivano se le iniezioni continuavano.

R. MARTONE.

VARIA

Le lesioni da sci.

In pochi anni, lo sport sciatorio si è diffuso enormemente anche da noi; sport che merita la preferenza a molti altri anche per le condizioni stesse in cui si esercita e per l'allenamento al freddo che esso comporta. Esso esige però uno sforzo notevole del cuore e del sistema circolatorio in genere, non soltanto nella salita, ma anche in discesa e nella corsa in regioni ondulate. Notevole è anche il lavoro degli organi respiratori e di tutta la muscolatura, sicchè si ha un forte aumento del metabolismo. Si richiedono inoltre delle articolazioni molto salde, specialmente quelle degli arti inferiori.

Numerose sono le lesioni causate dallo sciare. Knoflach (*Deut. Zeit. f. Chirurgie* e *Medizin. Welt.*, 27 genn. 1934) ha avuto occasione di curare, in 3 anni, 1116 casi di lesioni da sci e porta quindi i risultati di una larga esperienza. La genesi degli infortuni va riferita spesso alla stanchezza dopo lunghe gite od agli sforzi esagerati dei principianti. Gli infortuni capitano spesso dopo leggere infezioni (specialmente l'angina) e dopo un lungo periodo di vita non sportiva. Ne sono condizioni che li favoriscono: l'insufficiente riposo, l'esercizio non graduato e il lento adattamento dell'organismo al clima di alta montagna.

Nessuna importanza ha l'allacciatura dello sci, ma invece piuttosto la qualità della neve, la direzione del lancio, la velocità dell'andatura e la fase della corsa.

Nel salto in avanti, possono essere colpiti il viso e la faccia, ma spesso anche le ossa dell'anca, del ginocchio e delle dita del piede. Nel salto all'indietro, si hanno spesso lesioni del bacino e della colonna vertebrale. Negli infortuni che si hanno al di fuori del salto, le lesioni osteo-articolari riconoscono quasi sempre come causa un momento di torsione. Le lesioni dipendono poi anche dalla natura del luogo, non raramente però anche dagli stessi sci, specialmente dalla racchetta. Negli ultimi tempi, si è avuto un aumento delle fratture della colonna vertebrale, senza che si possa decidere se ciò dipenda o non dalla tecnica. Relativamente rare sono le lussazioni. Allo sport sciatorio, appartengono anche i congelamenti e le ustioni da irradiazione di alta montagna.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. D. Confalonieri, Molina di Ledro:

1) L'immunità susseguente a vaccinazione antistafilococcica si manifesta rapidamente: sovente subito dopo la vaccinazione l'organismo è già immunizzato.

2) Nella grandissima maggioranza dei casi mediante la vaccinazione antistafilococcica si acquista una solida immunità che persiste per anni.

A. ALESSANDRINI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

R. SIMONETTI CUIZZA. *Tetano consecutivo alla vaccinazione jenneriana.* — Tip. Riunite Donati, 1933.

S. ATTILI. *Considerazioni sulla diagnosi e sulla cura radiologica di due casi di malattia di Schuller-Cristian.* — Tip. Oppio, Roma, 1933.

G. COZZOLI. *Lesioni della macula in traumatismi oculari.* — Tip. La Fiorita, Teramo, 1933.

C. RIZZO. *Esiste una sindrome umorale nell'echinococco dell'encefalo?* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

Saturnismo da farina.

Si considera in generale il saturnismo come una malattia prevalentemente professionale, e così è in realtà, tanto che, di recente, è stata sancita per legge l'assicurazione obbligatoria per i lavoratori esposti al pericolo di questa intossicazione. Vi sono tuttavia dei casi di saturnismo dovuti a cause accidentali o di origine alimentare.

Sopra un particolare fattore del saturnismo alimentare è opportuno richiamare l'attenzione degli ufficiali sanitari e dei medici che esercitano nei Comuni rurali.

In molti di tali Comuni gli agricoltori sogliono portare il proprio grano nei mulini a macine più vicini per ottenere la farina necessaria al consumo domestico. Da questa consuetudine deriva la possibilità di alcune manifestazioni di saturnismo le quali, senza fortunatamente assumere grande diffusione tra le forme di intossicazione alimentare, hanno dato luogo di recente a qualche episodio morboso di una certa importanza.

Questi episodi sono stati causati dalla contaminazione delle farine con detriti di piombo, e meritano di essere ricordati per mettere in grado i sanitari di riconoscerli tempestivamente e sopratutto per poterli prevenire con adeguati provvedimenti.

È noto che nei mulini cosidetti a palmenti o a macine, molto diffusi nelle campagne, dove scarseggiano quelli del tipo a cilindri, le macine, o mole, non sempre sono monolitiche, cioè costituite da un solo blocco di pietra; esse invece sono, per lo più, del tipo detto francese, ossia formate di diversi settori, tenuti insieme da un fasciame di ferro e connessi fra loro con mastice o cemento; questo tipo è molto usato perchè più economico di quello monolitico. La sbarra metallica che congiunge l'albero motore alla macina è di solito fissata a quest'ultima con tasselli di legno e con mastice o cemento od in altro modo. Col funzionamento del mulino, gli interstizi fra i vari pezzi, che formano la macina, tendono ad allargarsi ed il mugnaio ha cura di riempirli con nuovo mastice o cemento. Inoltre, in alcuni tipi di mulini, le macine presentano delle fenditure, destinate ad accogliere del materiale pesante (rottami di ferro, ecc.) necessario ad equilibrare la massa rotante; anche questo materiale viene fissato con mastice o cemento. Col medesimo si sogliono anche riempire eventuali fessure, spaccature, o perdite di sostanza, che si producono nelle macine che hanno lavorato a lungo.

Ora può accadere che, per ignoranza o per ragioni di comodità, di economia od altre, nelle varie parti del mulino sia sostituito od impiegato insieme al mastice od al cemento, composti questi affatto innocui, del piombo, il quale per la sua duttilità e plasticità ben si presta al riempimento di interstizi, fessure e simili della pietra delle macine e permette la necessaria elasticità di movimento nella loro rotazione. Il movimento stesso, però, può provocare il distacco di frammenti del materiale piombifero, che possono mescolarsi e venir macinati col grano, come prova il fatto che si è ritrovato piombo metallico polverizzato nelle farine.

Un'altra causa di possibile contaminazione delle farine è data dal fatto che talvolta la tramoggia, in cui si versa il cereale da macinare, è situata a livello del pavimento e priva di setaccio o altro mezzo di arresto delle impurità più grossolane. Può accadere perciò, per incuria del mugnaio, che detriti vari (chiodi, rottami, eventualmente frammenti o pallini di piombo), caduti sul pavimento, vadano a finire sotto le macine; essi se, per la loro duttilità, non ostacolano la macinazione o non producono rumori insoliti, vengono inavvertitamente macinati e mescolati alla farina. Con questo meccanismo si sono potuti spiegare casi di avvelenamento dovuti a limitate quantità di farina contaminata. Infine piccoli frammenti di piombo e sopratutto pallini possono accidentalmente cadere nel grano destinato alla macinazione prima che sia portato al mulino.

Le circostanze sopraindicate spiegano perchè i casi di saturnismo da farina siano stati finora constatati nelle famiglie di contadini, che portano il proprio grano ai mulini locali e consumano per uso domestico il prodotto della macinazione. È da escludere pertanto che, in questi casi, si tratti di piombo aggiunto alla farina messa in commercio, per aumentarne il peso, frode questa troppo ingenua per la facilità con cui può essere scoperta anche dai profani. Ciò non significa che non entri ugualmente in giuoco la responsabilità del mugnaio, il quale abbia prodotto nel suo mulino farine dannose alla salute, o per incuria nel preservare il grano da contaminazioni, o per aver impiegato nelle macine un materiale notoriamente velenoso.

La possibilità di queste forme di intossicazione deve esser presa in considerazione quando in individui delle classi agricole, che consumano pane fatto in casa colla propria farina, si presentino sintomi di affezioni dell'apparato digerente o di anemia, di origine e di natura non facilmente precisabili. Infatti nei casi ai quali accenneremo le prime manifestazioni

morbose furono inizialmente diagnosticate come forme di gastroenterite o di enterocolite oppure di anemia.

I più recenti episodi si sono svolti nell'anno 1930 e nel 1933.

Per il 1930 ricordiamo un focolaio d'intossicazione in provincia di Catanzaro, con 40 casi segnalati e numerosi altri, più miti, sfuggiti all'osservazione medica. Nelle farine consumate dai malati fu ritrovato il piombo; esse provenivano da un mulino le cui macine risultarono formate di blocchi riuniti con mastice contenente del piombo.

Nella provincia di Genova si ebbe un altro episodio limitato a quattro casi nella stessa famiglia. Fu trovato il piombo nella farina e nel grasso di lubrificazione del mulino. Data la scarsa diffusione del materiale tossico, l'avvelenamento fu attribuito a piccole quantità di piombo pervenute accidentalmente nel mulino dall'esterno.

Più importante fu una manifestazione verificatasi, pure nel 1930, nella provincia di Grosseto, per la quale si ebbero 37 casi in 15 famiglie. Il piombo era presente nelle farine usate e con accurate indagini si potè stabilire che le farine contaminate provenivano esclusivamente dalle moliture eseguite in due determinati giorni. Poichè non si rinvennero tracce di piombo in nessuna parte del mulino, la contaminazione fu attribuita a penetrazione accidentale e transitoria del metallo durante la macinazione, tanto più che il mulino mancava di dispositivi atti ad assicurare la pulizia del grano e ad impedire la caduta di materiali estranei nella tramoggia.

Di gran lunga più grave è stato un episodio di saturnismo collettivo dell'anno 1933, ancora in provincia di Grosseto, ma in un Comune diverso dal precedente. Si sono avuti 162 colpiti, distribuiti in 229 famiglie, ed un decesso. Anche questa volta fu trovato il piombo nelle farine ottenute da grano appartenente a privati e fatto macinare tutto nello stesso mulino. Le macine del mulino, del tipo a settori, presentavano interstizi e profonde fessure riempiti con mastice cementizio che ricopriva frammenti di ferro e di ottone tenuti insieme con piombo incastrato a martello.

Un ultimo episodio si è avuto, pure nell'anno scorso, a Brindisi, con pochi casi d'intossicazione e col reperto di piombo nelle farine di grano macinato, per conto di privati, in un mulino nel quale le macine presentavano riparazioni eseguite con piombo colato.

Considerando la gravità dei fenomeni morbosi ai quali può dar luogo l'avvelenamento da piombo, non si deve trascurare l'importanza di queste manifestazioni, per quanto circoscritte e limitate.

Indipendentemente dalle sanzioni penali, nelle quali potranno incorrere coloro che, sia pure per ignoranza, si rendono responsabili del danno di numerose persone, spetta agli ufficiali sanitari intensificare la vigilanza igienica sui mulini ed assicurarsi che, per le loro cattive condizioni di funzionamento, non riescano nocivi alla pubblica salute.

Sulla necessità di intensificare tale vigilanza la Direzione generale della Sanità pubblica ha richiamato l'attenzione dei prefetti con due circolari del 21 giugno 1930 e del 23 novembre 1933. I punti da tenere particolarmente presenti risultano da quanto abbiamo già detto e si riferiscono all'accertamento che esistano nei mulini dispositivi atti a garantire la pulitura del grano e ad impedirne la contaminazione con sostanze estranee, come prescrive il R. Decreto-legge 12 agosto 1927 n. 1580, e che, nelle varie parti del macchinario, sia assolutamente escluso l'impiego di sostanze nocive e specialmente del piombo, che possano, anche accidentalmente, venire in contatto col grano o colla farina.

Poichè il funzionamento degli stabilimenti di macinazione è subordinato alla concessione di una licenza prefettizia, da rinnovarsi annualmente, una rigorosa vigilanza permetterà di eliminare quei mulini che, per la loro deficiente attrezzatura igienica, possono rappresentare un'insidia ed un pericolo per la salute, per mezzo di quel grano che è frutto della fatica del lavoratore e che dà il pane alla sua famiglia.

A. FRANCHETTI.

MEDICINA SOCIALE.

Lotta antitubercolare.

Con alcuni articoli nei più accreditati quotidiani, il prof. R. Jemma ha recentemente sostenuto la necessità che la lotta antitubercolare vada assumendo un indirizzo più intensamente preventivo. La intensificazione della profilassi della predisposizione, di quella del contagio e di quella immunitaria, deve considerarsi come uno dei problemi più strettamente indispensabili alla buona riuscita della campagna antitubercolare. Oltre a ciò bisogna continuare a vigilare i bambini affetti da una qualsiasi localizzazione tubercolare anche dopo la guarigione clinica di questa, allo scopo di evitare il riaccendersi del processo morboso in età più inoltrata e più sfavorevole al buon esito dei varii mezzi terapeutici.

Bisogna inoltre che sia tenuta presente la frequenza delle forme pulmonari della tubercolosi anche nel lattante, ed in ogni caso ricordare che se il cogliere le svariate lesioni tubercolari dell'adulto al loro inizio clinico ha grande importanza ai fini della terapia, non autorizza però a parlare di una diagnosi precoce utile ad una efficace difesa sociale, dal momento che tali forme sono sempre l'esito di una infezione di vecchia data, e cioè l'espressione di un processo morboso antico.

Secondo il prof. Jemma è dovere di ogni medico, e specie di quelli che si occupano del bambino, di contribuire a rendere più documentato l'asserto che la lotta antitubercolare deve essere svolta nell'infanzia. Fino a che si disporrà soltanto di Sanatorii non si potrà ottenere altro che un miglioramento delle possibilità assistenziali e terapeutiche in favore dei tubercolotici; ma se la lotta antitubercolare deve tendere, come ha indicato il Duce, alla redenzione dal grave flagello, non si può prescindere dalla necessità di salvaguardare dalla tubercolosi le generazioni future, il che, osserva il prof. Jemma, non può ottenersi se non con la istituzione di un numero adeguato di preventori nei quali siano opportunamente accolti tutti quei bambini che risultano più direttamente minacciati dalla malattia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BRINDISI. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posti di ufficiale sanitario di Cisternino, Mesagne, Oria, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico. Stipendio L. 5000 per i primi tre Comuni; L. 3500 per gli altri due, al lordo delle ritenute e riduzioni di legge e con cinque aumenti quadriennali del decimo. Nessuna limitazione dell'esercizio professionale. Limite di età anni 45 salvo quanto è disposto dall'articolo 8 del R. Decreto 29 novembre 1925, n. 2266. Inviare documenti di rito e titoli alla R. Prefettura di Brindisi non più tardi del 25 aprile 1934-XII.

CAMPOLI APPENNINO (*Frosinone*). — Scad. 11 mar.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CAPUA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 19 apr.; chirurgo dell'Ospedale Palasciano. Chiarimenti presso la Segreteria.

CIMINNA (*Palermo*). — Scad. 25 apr.; L. 9000 decurtate di tutte le ritenute e diminuzioni di cui alle leggi vigenti.

GIUNGANO (*Salerno*). — Scad. 12 mar.; L. 7000 e 4 quadrienni dec.; oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cavallo proprio; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 60.

GODO (*Ravenna*). — Scad. 31 mar.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2500 trasp., c.-v., L. 1250 serv. att.; età lim. 40 a.

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posto di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Stipendio annuo iniziale L. 17.000 con cinque aumenti quadriennali del decimo fino a raggiungere il massimo di L. 25.500, oltre il supplemento di servizio attivo di annue L. 5000. Tali assegni sono al lordo dell'imposta di ricchezza mobile, della riduzione del 12 % e del contributo alla Cassa di Previdenza per i sanitari. Scadenza ore 14 del giorno 31 marzo 1934-XII. Obbligo della residenza fissa nel capoluogo. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Lecce.

MARCARIA (*Mantova*). — Scad. 10 apr.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. mezzi di trasporto, c.-v., se uff. san. L. 1000.

MILANO. *Ospedale Fatebenefratelli-Fatebenesorelle.* — Scad. 28 apr.; medico primario; titoli ed esami; rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

MOLFETTA (*Bari*). — Scad. 31 mar.; L. 9000, massimo L. 13.000, oltre indennità L. 1500.

MONTAPPONE (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 mar.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400-1700-2700 trasp., L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indenn. forese, L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Scadenza 15 marzo 1934-XII. Per titoli, posto di primario chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde 12 %); compartecipazione 40 % proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40; libera docenza patologia o clinica chirurgica; sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche universitarie od Ospedali oltre 500 letti; almeno dieci anni di laurea. Tassa concorso L. 50,10. Chiedere notizie e Capitolato alla Congregazione di Carità.

NETTUNO (*Roma*). — Scad. 15 apr.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., c.-v., addizionali L. 4 e L. 5 sopra i 1000 e 2000 poveri; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa. L. 50,10.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 mar., ore 17; primario della Divisione chirurgica maschile e femminile; L. 4000, esclusa qualsiasi indenn. c.-v., da decurtarsi del 12 %; tassa L. 50,10; età lim. 40 a. al 1° febbr.; doc. a 3 mesi dalla stessa data. Chiedere annunzio.

PAVIA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 15 mar., ore 17; direttore del Consorzio e del Dispensario prov. di Pavia; L. 24.000 oltre L. 8000 serv. att.; contributi di legge; età lim. 45 a. al 10 gen.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50; titoli ed esami. Chied. annunzio.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario consorziale pei Comuni di: Garlasco (sede), Alagna, Borgo S. Siro, Carbonara Ticino, Cava Manara, Dorno, Ferrera Erbognone, Groppello Cairoli, Mezzana Rabattone, Ottobiano, Pieve Albignola, Sannazzaro de' Burgondi, Scaldasole, Sommo, Tromello, Valeggio, Villanova d'Ardenghi, Zinasco e Zerbolò. Popolazione 47.000. Scadenza ore diciotto del 10 aprile 1934-XII. Stipendio L. 12.000, cinque aumenti quadriennali del decimo. Indennità d'ispezione L. 4000. Obbligo dell'automobile con indennità di altre L. 4000. Diritti sanitari a norma di legge. Nessun altro compenso. Divieto esercizio professionale a Garlasco. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Per schiarimenti rivolgersi a Garlasco oppure presso l'Ufficio Sanitario della R. Prefettura di Pavia.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Posto di vice direttore Sanatori Popolari di Prasomaso. Per titoli ed esami consistenti in una prova clinica con interpretazione di radiografia e in una autopsia con epicrisi. Età non superiore ai 38 anni; documenti di rito; stipendio L. 11.200 (con cinque aumenti biennali del decimo) più indennità di carica di annue L. 4000 al lordo delle ritenute di legge, oltre la riduzione del 12 %; vitto ed alloggio *ad personam*. Domanda all'Amministrazione, via De Amicis 45-A, Milano, fino al 20 febbraio 1934.

REGGIO CAL. *Amministr. Prov.* — Scad. 20 mar.; assistente nella Sez. med.-micrograf. nel Laborat. prov. d'igiene e profilassi; età lim. 35 a.; L. 11.600

e quadrienni oltre L. 2800 serv. att., ritenuta 12 %. Sono anche vacanti i posti di coadiutore e di assistente nella Sez. chimica.

Roma. *Ministero di Grazia e Giustizia.* — Scad. 17 mar.; 4 medici assistenti nei Manicomi giudiziari del Regno; titoli scientifici e pratici; età lim. 35 a. V. « Gazz. Uff. » N. 13. Domande alle Regie Procure presso i Tribunali.

Roma. *Ministero della Marina.* — È indetto il concorso per la nomina di 18 tenenti medici in servizio permanente effettivo nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Potranno prendere parte al concorso i laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale a norma delle vigenti disposizioni e non abbiano oltrepassato il 27° anno di età al 14 gennaio 1934. Il limite massimo di età sopra indicato è aumentato di quattro anni per coloro che risultino regolarmente inscritti ai Fasci di Combattimento senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922. Copia della relativa notificazione di concorso (con annesse istruzioni e programmi di esame) potrà essere richiesta direttamente al Ministero della Marina (Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari, Divisione Stato Giuridico), alla Direzione della R. Scuola di Sanità Militare Marittima di Napoli ed alle Direzioni degli Ospedali Militari Marittimi di La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena.

Roma. *Ministero della Guerra.* — È indetto il concorso a 40 posti di tenente in S. P. E. nel Corpo Sanitario militare (ruolo ufficiali medici). Le norme sono pubblicate nella dispensa N. 5 (30 gennaio) del « Giornale Militare Ufficiale ». Scad. 60 giorni dal 9 gennaio.

Sant'Anna d'Alfaedo (*Verona*). — Scad. 28 feb.; L. 10.000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 600 uff. san., L. 1000-2500-3000-4000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Seprio (*Como*). — Scad. 28 feb.; L. 9000 oltre L. 3500 trasp., L. 500 ambulat., L. 1500 uff. san.; titoli ed esami.

Serra S. Bruno (*Catanzaro*). — Scad. 22 feb.; due condotte; L. 7500 e 5 quadrienni dec., ritenuta 12 %; età lim. 45 a. al 24 gen.; tassa L. 50.

Strangolagalli (*Frosinone*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 10.500 al lordo della riduzione 12 % e delle altre trattenute di legge. Aumento di un decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni consecutivi. Se il Sanitario avrà l'incarico di ufficiale sanitario e finchè questo durerà, ma sempre revocabile, avrà diritto all'indennità annua di L. 400 al lordo riduzione 12 % ed altre ritenute di legge. La domanda in carta da bollo di L. 3, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità potranno rilevarsi dal bando di concorso da richiedersi al podestà del Comune, dovranno pervenire al predetto non oltre il 6 marzo 1934.

Venezia. *Ospedali Civili.* — Scad. 28 apr., ore 17,30; primario radiologo; titoli ed eventualm. esami; L. 6000 e percentuali; tassa L. 50; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 22 gen. Chiedere annunzio.

Verona. *Amministr. Provinc.* — Scad. 31 marzo; assistente presso la Sez. med.-microgr. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; titoli ed esami; L. 9600 e 3 quadrienni di L. 600, 700 e 800; serv. att. L. 2600; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

Vibo Valentia (*Catanzaro*). — Scad. 12 mar.; 2ª cond.; L. 6000 oltre L. 500 indenn. malaria, L. 300 idoneo mezzo di trasporto; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Borse di studio.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha bandito i seguenti concorsi a borse di studio:

1) Concorso a otto borse di perfezionamento negli studi presso un Istituto superiore del Regno, per l'anno accademico 1934-35, di cui una da conferirsi della Facoltà di medicina e chirurgia e da usufruire presso una Università o Istituto superiore del Regno, liberamente scelto dall'assegnatario. L'importo di ciascuna borsa è di L. 7000. Sono ammessi a concorrere coloro che hanno conseguito la laurea da non oltre quattro anni.

2) Concorso a sedici borse di perfezionamento negli studi presso un Istituto superiore estero, per l'anno accademico 1934-35, di cui due da conferirsi per le Facoltà di medicina e chirurgia, e da usufruire presso una Università o Istituto superiore estero, liberamente scelto dall'assegnatario. L'importo di ciascuna borsa sarà uguale a quello della borsa di perfezionamento presso un Istituto superiore del Regno e cioè L. 7000, aumentato di un supplemento che non potrà essere minore di L. 3000 e non potrà essere maggiore di L. 6000. Sono ammessi a concorrere coloro che hanno conseguito la laurea da non oltre quattro anni.

Le istanze di ammissione al concorso, redatte su carta legale da L. 5, dovranno pervenire a questo Ministero (Direzione generale istruzione superiore), non più tardi del 28 marzo 1934-XII.

Tutte le altre norme sono pubblicate sulla « Gazzetta Ufficiale » n. 24.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE

Alla cattedra di fisiologia di Sassari sono risultati: 1° Giulio Cesare Pupilli; 2° Rodolfo Margaria; 3° Gaetano Martino.

Sono trasferiti i proff.: Vincenzo Rossi, di Clinica oculistica, da Modena a Parma; Vincenzo Accardi, di Clinica oculistica, da Cagliari a Sassari; Francesco Pentimalli, di patologia generale, da Perugia a Firenze; Pietro Verga, di anatomia e istologia patologica, da Perugia a Napoli; Giuseppe Falco, di medicina legale, da Messina a Napoli.

Hanno conseguito la libera docenza in parassitologia medica i dottori Antonino Panagia e Piero Sepulcri.

La Società di Patologia esotica di Parigi ha assegnato la medaglia Laveran al prof. E. Roubaud, dell'Istituto Pasteur di Parigi.

Il nuovo Consiglio di Presidenza della Società Medico-Chirurgica Veronese è risultato così costituito: presidente dott. F. Delaini, vice-presidente prof. A. Austoni; consiglieri proff. A. Rossi e A. Romani; segretario prof. G. Zanni.

Il Senato Accademico dell'Università di Modena ha conferito, per l'anno 1933, il premio « Riccardo Luzzatto » destinato ad un lavoro o complesso di lavori nel campo della biochimica o della te-

rapia sperimentale, alla dott.a Carmela Manunta, aiuto nell'Istituto di zoologia e anatomia comparata.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Commendatore: on. prof. Giunio Salvi, Napoli.
Cavaliere: comm. dott. Nicola Tucci, Penne.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Gran Cordone: dott. Giulio Calamani, Roma.
Grande Ufficiale: prof. Filippo Modenesi, Bologna.
Commendatori: proff. Valerio Artom di Sant'Agnese, Roma; Alberico Benedicenti, Genova; Filippo Arturo Foderà, Catania; Antonio Gasbarrini, Padova; Antonio Pensa, Pavia.
Ufficiali: proff. Francesco Blasi, Napoli; Giulio Carreras, Pisa; Domenico Mirto, Palermo.
Cavalieri: dott. Giuseppe Addessi, Roma; prof. Andrea Bertocchi, Torino; prof. Antonio Clementi, Catania; dott. Vincenzo Gandolfi, Modena; prof. Sebastiano La Franca, Palermo; prof. Lodovico Tommasi, Palermo.

NOTIZIE DIVERSE.

6° Convegno Italiano di anatomia.

Nell'ottobre di quest'anno, ed in giorno da destinarsi, avrà luogo in Roma il 6° convegno della Società Italiana di Anatomia. Il Comitato ordinatore è così composto: S. E. prof. A. Rocco, proff. A. Busi, G. Cotronei, C. Della Valle, S. Sergi, R. Versari. L'Ufficio di presidenza è così composto: presidente: prof. R. Versari; vice-presidenti: prof. G. Cotronei e prof. S. Sergi; segretario sociale: prof. E. Luna; segretario degli Atti: prof. N. Beccari; tesoriere: prof. L. Castaldi. Segretario del Congresso è il prof. V. Virno (viale Regina Margherita 289, Roma).

I temi di relazione saranno: prof. A. Busi, « L'anatomia radiologica della vena azygos »; prof. G. Cotronei, « Morfologia comparata, Morfologia ecologica, Morfologia sperimentale. Indirizzi e problemi »; prof. R. Versari, « La Morfogenesi dei più importanti vasi sanguiferi dell'occhio umano ». I titoli delle comunicazioni si accettano fino al 15 agosto 1934-XII. Informazioni presso il segretario del Congresso.

11° Congresso italiano di radiologia medica.

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Radiologia (in considerazione che alla fine di maggio le lezioni non sono ancora cessate dopo le ferie dei Littoriali), ha stabilito di rimandare l'XI Congresso di Radiologia al 20-22 settembre 1934.

Il Congresso sarà tenuto a Perugia, sotto la presidenza del prof. E. Milani e la vicepresidenza del prof. B. Bellucci. I temi posti all'ordine del giorno sono i seguenti: prof. Lapenna, « Affezioni e lesioni traumatiche della colonna vertebrale »; proff. Palmieri, Guarini e Del Buono, « Radioterapia del sistema nervoso centrale e periferico »; proff. Perona e Benassi, « Mezzi moderni di indagine radiologica ».

Per ogni informazione rivolgersi alla segretaria generale del Congresso, sig.a Maria Bellucci (corso Vannucci, Perugia) e al Tesoriere-Commissario per l'esposizione degli apparecchi, dott. Fratini, Istituto di Radiologia, Policlinico di Perugia.

1° Congresso internazionale di elettro-radiobiologia.

Allo scopo di iniziare una stretta e proficua collaborazione fra fisici, chimici, biologi, naturalisti, medici, indispensabile pel progresso della radiobiologia intesa non come un capitolo della radiologia o della biologia, ma come una scienza a sè stante, la Società Internazionale di Radiobiologia sta preparando la organizzazione del 1° Congresso Internazionale di Elettro-radiobiologia con inaugurazione a Venezia, nel Palazzo Ducale, nel settembre 1934 A. XII, sotto la presidenza di S. E. il conte Volpi di Misurata, Ministro di Stato.

Verranno svolti e discussi tutti gli argomenti riguardanti i fenomeni oscillatori e corpuscolari in rapporto alla biologia: ultrasuoni e suoni, onde elettriche, infrarosso, luce visibile, ultravioletto, raggi X, radium, radiazioni penetranti nelle probabili influenze sulle varie manifestazioni della materia organica e organizzata e nelle applicazioni di laboratorio; azioni fotodinamiche, azioni a distanza dei metalli, raggi di Gurtwitsch, fenomeni di luminescenza, radiazioni di sali radioattivi in combinazioni organiche; stati elettrici dell'atmo-

sfera; spettrografia; influssi della energia raggiante sulle mutazioni ecc. Questi sono gli argomenti che costituiranno un vasto complesso sperimentale e teorico che sarà trattato da specialisti di fisica, di fisico-chimica, di radiologia, di biologia, di botanica, di zoologia, di medicina.

Hanno promesso d'intervenire al Congresso: Emil Abderhalden (Halle A. S.), Belak (Budapest), Brunetti Rita (Cagliari), Arthur Compton (Chicago), Coolidge (Schenectady, N. Y.), Ducceschi (Padova), Glasser Otto (Cleveland, Ohio), Gola (Padova), Gurwitsch (Leningrad), Haskins (Schenectady, N. Y.), Magrou (Parigi), Marinesco (Bucarest), Nadson (Leningrado), Nemenow (Leningrado), Palmieri (Bologna), Perussia (Milano), Pincussen (Berlino), Pugno-Vanoni (Padova), Rahn (Itaca N. Y.), Raman (Bangalore, India), Reche (Lipsia), Regaud (Parigi), Roffo (Buenos Aires), Rossi Bruno (Padova), Swend Lomholt (Copenhagen), Stempell (Münster), R. W. Wood (Baltimora). Altre adesioni sono attese.

Allo scopo di coordinare le tendenze dei congressisti e di presentare al Consiglio Nazionale delle Ricerche gli sviluppi della iniziativa, si invitano coloro i quali desiderano informazioni più dettagliate di rivolgersi alla sede provvisoria della Società internazionale di Radiobiologia, indirizzando la corrispondenza al dott. Giocondo Protti, Canal Grande, S. Gregorio 173, Venezia (Italia).

Congresso di medicina di Tunisi.

Abbiamo già dato notizia nello scorso numero di questo congresso indetto per i giorni 21-24 marzo.

Per quel che riguarda i mezzi di trasporto per i congressisti, il Comitato fa conoscere quanto segue.

Per via marittima la partenza ha luogo da Napoli il giorno 19 alle ore 22,30, in un piroscafo della Società « Tirrenia ». Tariffa: andata e ritorno 1ª classe L. 785; 2ª classe L. 565. Per coloro che s'imbarcano da Palermo con lo stesso piroscafo la partenza avrà luogo il giorno 20 alle ore 18,30. Tariffa: andata e ritorno 1ª classe L. 440; 2ª classe L. 335.

Le partenze di ritorno da Tunisi hanno luogo tutti i mercoledì alle ore 19 per arrivare a Palermo il giovedì alle ore 8, a Napoli il venerdì alle ore 5,45.

Per via aerea le partenze da Roma avranno luogo tutti i lunedì, mercoledì, venerdì alle ore 7, Piazza Colonna. Tariffe: Roma-Napoli-Tunisi (andata e ritorno), L. 440; Palermo-Tunisi (andata e ritorno), L. 200; Cagliari-Tunisi (andata e ritorno), L. 200.

I congressisti potranno servirsi, per concentrarsi a Roma, a Napoli o a Palermo, delle riduzioni ferroviarie che sono attualmente in corso sia per la Mostra della Rivoluzione sia per la Primavera Siciliana (consultare la C. I. T.).

Sono in corso delle pratiche per ottenere da parte dei Consolati Francesi del Regno delle riduzioni sul visto dei passaporti che è sempre obbligatorio e tassativo.

L'Ufficio « Cit » di Tunisi si occuperà delle prenotazioni delle camere e di qualsiasi servizio turistico.

Rivolgersi al dott. Plinio Soria, rue Colmar 28, Tunisi.

L'Associazione dei medici romeni a Parigi.

Ha tenuto la sua riunione annuale ordinaria il 5 gennaio, sotto la presidenza del dott. Viad. Em. Hatieganu, che pronunziò una breve allocuzione; il segretario generale, dott. Jean-Basile Stanescu, lesse le adesioni, tra cui quella del dott. Guéniot, che celebra il suo 112° compleanno, e quella di Charles Achard; egli rese un omaggio alla medicina francese ed a quella italiana; parlando dell'Italia, espresse la sua ammirazione per le colossali opere di bonifica e rese un omaggio a Mussolini, genio della stirpe, che ha compiuto opera sociale e umanitaria per la rigenerazione del Paese; tutto l'uditorio si levò in piedi, acclamando al Duce d'Italia.

Il dott. Radulescu riferì poi sul tema: « cancro e trauma », esponendo la sua teoria al riguardo.

Nel chiudere i lavori dell'assemblea, il presidente auspicò d'intensificare le relazioni tra i paesi neolatini, cementati nella cultura mediterranea ed ove così efficacemente l'Italia e la Francia hanno sempre brillato. Prospettò l'intensa attività spiegata dal segretario generale in tale senso e per la formazione di una biblioteca ove tutte le principali riviste francesi, italiane, portoghesi, romene, spagnole e d'altre lingue possano essere consultate. Rivolse un caldo plauso al segretario. A lui si associò il vice-presidente dott. Tineo, già presidente dell'associazione.

Il segretario ringraziò della cordiale manifestazione.

Giornate Nipiologiche di Montevideo e Società Uruguayana di Nipiologia.

Le Giornate Nipiologiche, promosse dalla Società di Pediatria di Montevideo, presieduta dal dott. Pelfort, sotto la presidenza onoraria del prof. Morquio, direttore dell'Istituto di Clinica Pediatrica e di Puericultura e dell'Istituto Internazionale Americano di Protezione dell'Infanzia, ebbero luogo nei giorni 20-29 dicembre.

La solenne seduta inaugurale fu tenuta sotto la presidenza del Ministro della Protezione dell'Infanzia, dott Berro, che pose in rilievo l'importanza della scienza nipiologica; il discorso inaugurale fu pronunziato dal presidente dott. Pelfort.

Furono svolte importanti relazioni e comunicazioni.

* * *

Il 20 dicembre 1933, per iniziativa di Luigi Morquio, fu fondata la « Società Uruguayana di Nipiologia » in Montevideo. Il prof. Morquio e il dott. Pelfort comunicarono la notizia al prof. Cacace, di Napoli, con due telegrammi; quello del Pelfort dice: « Occasione sessioni nipiologiche società pediatria porge riverente omaggio illustre creatore nuova scienza - Pelfort ».

La vigilanza dell'Ufficio d'Igiene di Roma sull'esercizio delle professioni sanitarie.

La vigilanza, svolta ininterrottamente dall'Ufficio d'Igiene di Roma sull'esercizio delle professioni sanitarie ed arti ausiliarie, è stata, durante l'anno 1933, più che mai ponderosa sia per l'espletamento delle pratiche normali di ufficio, notevolmente aumentate in particolar modo per il controllo dei titoli professionali, per la revisione e per l'aggiornamento dei censimenti di professionisti,

istituti, gabinetti, ecc., sia per il maggior lavoro d'iniziativa disimpegnato.

Come negli anni scorsi, la vigilanza dell'Ufficio è stata rivolta su ogni forma di attività che riguarda l'esercizio delle professioni sanitarie ed arti ausiliarie; prima, fra tutte, la medicina e la chirurgia, con 58 case di salute ed istituti di cura, della capacità di ricovero di 800 letti, con 167 gabinetti dentistici, oltre tutti i numerosi studi professionali ed ambulatori. In questo campo, è stata svolta un'intensa opera per prevenire ed, eventualmente, stroncare ogni abuso specialmente per quanto riguarda l'esercizio della professione medica da parte di non abilitati ad essa.

Una particolare sorveglianza è stata compiuta sulle 187 farmacie esercite nel territorio del Governatorato.

Ininterrotta è stata la vigilanza sull'esercizio ostetrico delle levatrici e sulle agenzie collocamento balie, per le quali sono passate, nel 1933, più di 1000 balie.

Sorvegliati assiduamente sono stati gli esercizi delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie: infermieri, ortopedici, ernisti, ottici, odontotecnici, massaggiatori, al fine di prevenire, od eventualmente reprimere, ogni sconfinamento dai limiti di attività assegnati a ciascuna arte ausiliaria nonchè ogni abusivo esercizio.

L'opera dell'Ufficio d'Igiene è stata sopratutto rivolta a prevenire i reati, ma, ogni volta che è stato necessario, si è proceduto rigorosamente a punirli, a norma di legge.

La Commissione sanitaria governatoriale di Roma.

In Campidoglio si è riunita, sotto la presidenza del Governatore, la Commissione sanitaria governatoriale. Fu ascoltata ed approvata la relazione del direttore dell'Ufficio di Igiene e Sanità sulle ottime condizioni sanitarie dell'Urbe nell'anno 1933, e si manifestarono voti perchè venga sempre maggiormente intensificata e resa quanto più possibile efficace la prevenzione delle malattie infettive.

Su relazione del medico provinciale e dopo breve discussione è stato poi approvato il nuovo Regolamento per il servizio dei medici condotti e dei veterinari governatoriali.

La Commissione ha, quindi, portato il suo esame sul nuovo Regolamento edilizio per il Governatorato di Roma. Dopo una relazione del prof. Valagussa ed una discussione, si ritenne necessario che, per taluni argomenti, il Regolamento stesso venga rinviato ai competenti Uffici tecnici governatoriali per un ulteriore esame.

Furono anche prese altre deliberazioni.

Per un moderno ospedale ad Avellino.

Il 3 gennaio in una sala del Palazzo del Governo, ad Avellino, si sono riuniti, per invito di S. E. il Prefetto, il Preside della Provincia, il Podestà di Avellino, il Presidente dell'Ospedale civile di Avellino, il Consigliere di Prefettura, dirigente il servizio delle Opere Pie, nonchè il medico provinciale, per tentare di risolvere, in maniera definitiva, il problema della assistenza ospedaliera per la Città e Provincia, giacchè l'Ospedale civile del capoluogo non risponde più alle complesse esigenze dei nuovi tempi. Dopo ampia ed esauriente discussione, alla quale hanno partecipato tutti i convenuti, sono stati definiti i primi accordi diretti alla costruzione di un nuovo Ospedale che possa degnamente rispondere a tutte le necessità della Provincia.

Poliambulanza sanitaria "Arnaldo Mussolini,, a Torino.

Il 28 gennaio, alla presenza del podestà, dei rappresentanti delle altre autorità cittadine, del presidente dell'Istituto Nazionale delle Comunicazioni e del presidente della Sanitaria, ebbe luogo a Torino l'inaugurazione della Poliambulanza sanitaria intitolata ad Arnaldo Mussolini, dell'Istituto Credito e Previdenza delle Comunicazioni.

Il presidente dell'Istituto ha illustrato le finalità di questo e l'opera di previdenza compiuta, mettendo in rilievo il vasto programma che sarà prossimamente attuato. La manifestazione si è chiusa con vibranti acclamazioni al Re ed al Duce.

Limiti d'età.

Le nostre Università hanno perduto, per gl'inderogabili limiti d'età, con la fine dello scorso anno scolastico, i proff. Dante Bertelli, di anatomia a Padova; Gaetano Corrado, di medicina legale a Napoli; Camillo Gallenga, di clinica oculistica a Parma; Federico Kiesow, di psicologia sperimentale a Torino. Con la fine del corrente anno scolastico andranno a riposo anche i proff.: Giulio Chiarugi, di anatomia umana a Firenze; Eugenio Di Mattei, d'igiene a Catania; sen. Giovanni Pascale, di clinica chirurgica a Napoli.

I premi "Vittorio Emanuele II,, a Bologna.

Il 10 gennaio nell'Aula Magna della R. Università di Bologna ha avuto luogo il conferimento dei premi « Vittorio Emanuele II ». Il Rettore Magnifico prima di procedere al conferimento dei premi ha rilevato con chiara parola il valore della gara di cultura promossa dal regime fra i giovani studenti. Per la facoltà di medicina sono stati presentati i seguenti allievi: dott. Domenico Logroscino, premio per la tesi: « La tubercolosi del collo del femore »; dott. Carlo Alberto Gamberini, menzione onorevole avente valore morale di premio per la tesi: « La coltivazione dei tessuti in vitro considerata nella sua tecnica e nelle sue finalità »; dott. Pietro Lazzaretti, menzione onorevole avente valore morale di premio per la tesi: « Sulla preparazione di una precipitina per l'emoglobina ».

È seguita quindi una commemorazione del prof. Albertoni. Oratore ufficiale è stato il prof. Mariano Patrizi, che ha svolto il tema: « L'opera fisiologica e sociale di Pietro Albertoni ».

Chirurgi assolti.

La Corte di Cassazione ha rigettato il ricorso avanzato dal Procuratore Generale della Corte d'Appello di Napoli contro una sentenza che assolveva, dal reato di lesioni volontarie, i quattro insigni chirurgi di Napoli i quali, col consenso dell'offeso, avevano operato un innesto testicolare interumano. La Suprema Corte ha modificato la formola di assoluzione: « perchè il fatto non costituisce reato » nell'altra di « non essere gli imputati punibili avendo commesso il fatto con il consenso dell'avente diritto ».

Un po' dovunque.

La settimana odontologica (47° Congresso dentario) si terrà a Parigi dal 24 marzo al 2 aprile, nei locali del « Grand Palais » (Campi Elisi). È organizzata dall'« Association générale syndacale des dentistes de France » e dal « Syndicat des chirurgiens dentistes de France » col concorso dell'« Association générale des dentistes de Belgique » e delle associazioni italiane.

Il Congresso dell'Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia, Talassoterapia e Terapia Fisica avrà luogo nel giugno 1934 e si svolgerà in parte ad Acqui ed in parte a San Remo. Saranno svolte importanti relazioni idrologiche e climatologiche.

Si è tenuto in dicembre il Congresso spagnolo di patologia medica dell'apparato digerente; fu presieduto dal dott. Francisco Gallart Monés.

La 7ª riunione della Società tedesca per gli studi sulla circolazione si terrà a Kiessingen il 16 e il 17 aprile. Tema: « Trombosi ed embolia »; relatori: per la parte dottrinale il prof. L. Aschoff e per la parte clinica i proff. P. Morawitz e L. Nürnberger.

Nei giorni 22 e 23 gennaio si è tenuta la 49ª riunione della Società tedesca di balneologia e climatologia.

Si è adunato a Bucarest, in dicembre, il Congresso annuale dei medici delle assicurazioni sociali, sotto la presidenza del dott. Emilio Gheorghiu.

Il 9 gennaio si è costituita a Roma, nei locali del Museo criminale, offerti dall'amministrazione Penitenziaria, la « Società Italiana di Antropologia e Psicologia criminale per la lotta contro il delitto ». V'intervennero alte personalità. L'on Serena rappresentava il partito. Il discorso inaugurale fu tenuto dal Primo Presidente della Corte di Cassazione, S. E. D'Amelio; parlarono anche S. E. Novelli, direttore generale degli Istituti di Prevenzione e di Pena, il prof. Ottolenghi, il prof. Di Tullio, l'on. Morelli, l'avv. Gregoraci.

La Società Medico-chirurgica della Romagna si è adunata il 12 novembre e il 17 dicembre a Faenza, sotto la presidenza del prof. F. Giugni assistito dal segretario prof. P. Galli. Furono fatte comunicazioni dai soci Chiudini (Forlì), Miceli (Forlì), Emiliani (Dovadola), Sella (Lugo), Bravetti (Forlì).

La Società Medico Chirurgica Veronese si è adunata l'8 gennaio sotto la presidenza del dott. F. Delaini assistito dal segretario prof. G. Zanni. Furono fatte comunicazioni dai soci dottori prof. Austoni, prof. R. Panini, prof. A. Romeni, E. Fiorini.

La Società Medico-Chirurgica Trevisana si è adunata il 17 novembre. Furono fatte comunicazioni dai soci: Zannier, prof. De Gironcoli, Gastaldo, M. Bortolozzi, M. Merli.

Alla Società Medico-Chirurgica dell'Alto Adige, adunatasi a Bolzano in dicembre, furono fatte comunicazioni dai soci: A. Radaeli, E. Polacco, E. Matteucci, C. Bader, P. Tremonti in collaborazione di M. Colombatti.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 9 dicembre. Furono fatte comunicazioni da: L. Di Natale, P. Cazzamali, A. Ciminata, E. Ettorre, F. Rossi, A. Moratti, U. Clerici-Bergozzi. Si è adunata anche il 5 gennaio; furono fatte comunicazioni da R. Grégoire, A. Maiocchi, N. Santero. Le due sedute furono presiedute dal prof. M. Donati.

Un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari si terrà a Catania dal 1° marzo al 30 aprile; tassa L. 400; modalità consuete. Chiedere avviso all'Istituto d'Igiene e Batteriologia.

Una cordialissima dimostrazione è stata fatta il 3 corr. nella Clinica chirurgica di Bologna al prof. Raffaele Paolucci, affinchè egli desista dal proposito di lasciare quest'Ateneo per quello di Napoli; il prof. Paolucci ha ringraziato vivamente, riservandosi di prendere una decisione.

Il prof. Saverio Latteri ha tenuto la prolusione al corso di patologia chirurgica nell'Università di Cagliari, trattando il tema: « I fattori costituzionali in patologia chirurgica ».

Il prof. Antonio Mezzari ha tenuto ad Alessandria d'Egitto, nella sede del Consiglio quarantenario, una conferenza sul moderno trattamento della tubercolosi polmonare. Venne presentato dal gen. med. dott. Dugnet, presidente della locale Società d'igiene e medicina tropicale.

La Facoltà di medicina di Bucarest ha istituito una cattedra di endocrinologia, affidandola al prof. Parhon, titolare di clinica delle malattie nervose alla Facoltà di Cluj.

Lo « Hospital Progress », organo dell'Associazione ospedaliera cattolica degli Stati Uniti e del Canadà, riprenderà le sue pubblicazioni. Il periodico è destinato esclusivamente alla recensione di libri medici ed affini e di libri adatti per biblioteche ospedaliere ed affini. Sede: South Grand Boulevard 1402, St. Louis, Mo., S. U. d'A.

Il « Bollettino Sanitario » di Reggio Emilia annunzia di sospendere le pubblicazioni.

Il Capo del Governo, recatosi a visitare i lavori per la sistemazione della mole Adriana, essendo stato fatto segno, da lontano, ad una fervida dimostrazione da parte dei bambini del preventorio antitubercolare del Governatorato, attiguo al cantiere, volle recarsi a vederli; fu accolto con caldo entusiasmo; passò in rivista i bambini schierati e s'interessò all'ordinamento dell'Istituto.

Allo scopo di studiare l'organizzazione italiana dell'assistenza alla maternità e all'infanzia è venuta in Italia la signora Minna Wolfring, direttrice della Sezione per le madri ed i fanciulli del « Fronte Patriottico Austriaco »; ella ha attentamente osservato le realizzazioni fasciste per l'assistenza materna ed infantile attraverso minuziose visite alle Istituzioni dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia.

L'Istituto internazionale di studio delle radiazioni solari, terrestri e cosmiche ha inaugurato il 19 novembre il suo primo Posto, nell'Osservatorio di Nizza, col concorso dell'Università di Parigi. Per informazioni rivolgersi al direttore dell'Istituto, dott. Faure, rue Verdi 24, Nizza.

L'Associazione per l'aiuto agli ospedali (Hospital Saving Association) in Inghilterra è in continuo sviluppo, sotto la direzione di sir Alan Anderson.

In 10 anni ha corrisposto agli ospedali 2.355.000 sterline, ossia oltre 200 milioni di lire it., al cambio medio del decennio; il suo reddito attuale è di 750.000 sterline, ossia circa 40 milioni di lire it. al corso attuale della sterlina. Nel 1933 ha reclutato 129.000 nuovi soci e il suo reddito è aumentato a 74.600 sterline rispetto all'anno precedente.

I dirigenti il « London Hospital », in una recente riunione, hanno preso in esame le condizioni disagiate degli appartenenti alle classi medie, i quali spesso non sono in grado di sostenere le spese per l'assistenza ospedaliera e vengono a trovarsi in condizioni molto peggiori delle classi indigenti. Hanno deciso di destinare 35-40 camere alle classi medie.

Un incendio è scoppiato nell'Ospedale Psichiatrico Parcwille, del Consiglio regionale di Glamorgan (Inghilterra); sono andati distrutti i locali della direzione e dell'amministrazione.

Una nuova legge disciplina, in Romania, il cumolo delle cariche retribuite nella classe medica. È vietato di avere più di una carica retribuita dallo Stato, dai Comuni, dalle Parrocchie o da Società. Viene fatta eccezione per gli uomini di scienza, per il personale assistente delle università ed, entro certi limiti, per gli ufficiali di sanità pubblica.

Il Comitato nazionale belga contro l'alcoolismo ha organizzato una « giornata di propaganda antialcoolista », svoltasi il 21 novembre.

I rappresentanti dei produttori di piante medicinali della Polonia, d'accordo con i commercianti in tale ramo, hanno costituito a Lwow un'associazione di propaganda per la coltura e l'utilizzazione di queste piante. Si è organizzata una scuola per istruttori. Verranno attuate delle piantagioni sperimentali.

Si apprende che una fiala di « Fichera 365 » fabbricata dalla « I. G. Farbenindustrie », richiesta d'urgenza da un celebre specialista londinese per un suo amico ammalato di cancro, è stata trasportata da Berlino a Londra a bordo di un aeroplano.

Del prof. EUGENIO TANZI, deceduto il 18 gennaio a Salò, ci riserviamo di parlare in un prossimo numero.

È morto a Berlino, in età di 72 anni, il reputato ostetrico-ginecologo prof. ALFRED DÜHRSSEN, noto per il tamponamento che porta il suo nome, da lui ideato, mentre era ancora assistente, per combattere le emorragie gravi del *post partum*: esso ha salvato innumeri vite. Al Dührssen si deve la cesarea vaginale. Egli ha introdotto in ginecologia e ostetricia molti altri interventi operatori nuovi o perfezionamenti. Si è adoperato con impegno e con successo a far migliorare l'insegnamento pratico dell'ostetricia

Il prof. PIERRE BAZY, morto a Parigi in età di 78 anni, si era specializzato nella chirurgia delle vie urinarie; ma prima si era affermato in chirurgia generale. Dal 1894 era capo di servizio (primario) di chirugia; per una lunga serie di anni lo fu all'ospedale Beaujon.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Mediz. Klinik, 3 nov. — L. NÜNNBERGER. La legge sulla sterilizzaz. nei riguardi ostetrico-ginecol.

Arch. per lo Studio del Ricambio, sett.-ott. — S. CABRINI. Glicemia da carne nei diabetici. — L. PONTONI. Alimentaz. da tuberi di « Dahlia » nei diabetici.

Arch. dello Ist. Bioch. It., ag. — M. MAINO. Corpo luteo ed estratti luteinici. — A. AMBROGIO. Nuovo preparato per la cura della lebbra.

Klin. Woch., 11 nov. — W. H. WEIL. Il reumatismo quale malattia generale. J. KOWARSCHIK. Diatermia ad onde corte.

Forze Sanit., 30 ott. — U. ARCANGELI. L'isteria.

Giorn. di Batter. e Immun., ott. — E. GRÓH. I germi tubercolari degli ascessi freddi. — E. PUGNANI. Localizzazione elettiva ed infezione sperim. da « Bacterium coli ».

Presse Méd., 11 nov. — D. SANTENOISE. Cura dell'ipertensione con la vagotonina.

Brit. Med. Journ., 11 nov. — D. MURRAY LYON. I diuretici.

Paris Méd., 11 nov. — V. DE LAVERGNE e al. Le infezioni delle vie biliari da perfringens.

Amer. Journ. Med. Sc., nov. — H. O. MOSENTHAL e C. DOLDMAN. Trattam. del diabete. — W. FREEMAN e E. K. RUGGLES. Lo zucchero nel sangue degli schizofrenici. — L. Mc KENDREE EATON e S. FEINBERG. Trasmissione accidentale di malaria con siringa Pravaz. — S. FARBER e J. HUBBARD. Endomiocardite congenita da infezione intrauterina. — N. JOLLIFFE. La funzione del fegato nell'ittero catarrale.

Deut. Med. Woch., 10 nov. — CATEL. Vantaggi e inconvenienti della sterilizzaz. del latte. — RÜDER e WELF. Opoterapia di sostituz. nel diabete insipido.

Klin. Woch., 7 ott. — F. BAUER. Disturbi funzionali dell'ipofisi.

Rass. Clin.-Scient., 15 nov. — F. GALDI. Clinica e terapia della gotta. — P. GAIFAMI. Problemi diagnostici in tema di annessiti.

Diagnost. e Tecn. di Laborat., 25 ag. — F. SEBASTIANI. Reazione di Sachs-Witebsky (citochol). — E. MEINICKE. Reazione M. K. R. II.

Sperimentale, 13 nov. — R. REDI. Possibilità nuove nella chirurgia renale. — U. BONCINELLI. Forme inapparenti della febbre esantematica mediterranea. — G. MANGANOTTI. Osservazioni sui blastomi cutanei.

Presse Méd., 15 nov. — A. LUMIÈRE. La tbc. è contagiosa? — A. SÉZARY. Eczema ed allergia.

Annales de Méd., nov. — Le nefropatie gravi consecutive a trasfusioni.

Med. Ibera, 11 nov. — E. OLIVER-PASQUEL e S. MONTEJO RAMOS. Le disionie: disturbi nell'equilibrio ionico.

Rev. Med. Latino-Amer., sett. — J. M. GONZÁLES GALVÁN. Trattam. delle ulcere gastro-duoden. con iniezioni di pepsina. — J. LÓPEZ LOMBA. Trattamento medico del cancro. — G. ZORRAQUÍN. Contetto clinico-terapeutico delle emorroidi.

Münch. Med. Woch., 17 nov. — L. SCHALL. « Il bambino non mangia ». — E. SCHULTZ. Epidemia di febbre glandolare di Pfeiffer.

Journal A. M. A., 4 nov. — A. R. ROCHES e al. Malattie delle vie aeree super.: eziologia e profilassi. — L. FOSHAY. Siero antitoluremico. — M. L. TAINTER e al. Il dinitro-fenol nell'obesità.

Deut. Med. Woch., 17 nov. — SPIEGLER. Terapia follicolinica endovenosa.

Riv. San. Sic., 15 nov. — G. DI MARCO. Tono del simpatico e ritmo cardiaco nell'esercizio fisico.

Ann. di Ottalm. ecc., sett. — A. BIFFIS e C. QUAGLIO. Ricerche sperimentali di antigenoterapia cristallina. — MAGGIORE. Classi per alunni ambliopici.

Rif. Med., 11 nov. — G. MONASTERIO. Insulinoresistenza.

Minerva Med., 17 nov. — D. GIORDANO. Algie ischemiche dei piedi in diabetici; cura.

Mediz. Welt, 18 nov. — A. JORES. Ormone pigmentigeno.

Paris Méd., 18 nov. — Numero di medicina sociale e med. legale.

Prensa Méd. Argent., 25 ott. — R. FINOCCHIETTO. Calcificazioni subdeltoidee.

Quarterly Journ. of Med., ott. — D. MCALPINE. Accessi d'ipertensione cerebrale. — A. R. GILCHRIST. L'adrenalina nel blocco cardiaco. — J. B. RENNIE. L'edema nella nefrite.

Morgagni, 22 ott. — F. AMELIO. Aptene per la diagn. di tbc.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 19 nov. — L. BARELLI. L'epatoterapia nella sclerosi a placche disseminate.

Deut. Med. Woch., 24 nov. — C. SCHMIDT. Decorso delle malattie renali.

Jornal dos Clinicos, 30 ott. — M. FAGUNDES. Litiasi vescicale nell'infanzia.

Mediz. Klinik, 24 nov. — G. JUNG. Terapia dell'ascesso otogeno. — H. LUDKE. La morte da bagno.

Presse Méd., 25 nov. — A. CLERC. Trattam. dell'ipertensione arter. con iniezioni endov. d'alcool octilico.

Studium, 1 nov. — L. NUMIS. Potere contrattile della cistifellea.

Amer. Med., ott. — L. S. LONDON. Evoluzione della psicoterapia.

Chirurgia d. Org. di Movim., ott. — M. FLORIS. Zoppia famigliare. — A. CASTAGNI. Influenza delle radiaz. U.-V. sulle formaz. del callo osseo. — U. GALLERANI e F. PERRICONE. Artrite da melitense.

Ann. Inst. Pasteur, nov. — E. V. SMITCH. Infezione colibacillare. — J. VALTIS e al. Allergia alla tubercolina ed ai filtrati d'ultravirus tubercolare.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., nov. — C. F. FLUHMAN. La mestruazione irregolare. — W. F. SHAW. Trattam. del prolasso uterino.

Giorn. di Cl. Med., 21 nov. — L. LEVI. L'organo insulare in gravidanza.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di giugno 1933

Malattie	5-11		12-18		19-25		26/6-2/7			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	389	1931	274	1554	262	1330	295	1360	—	—
Scarlattina	146	434	100	443	162	407	137	338	—	—
Varicella	137	337	171	426	140	337	145	366	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	202	333	170	274	186	313	200	346	—	—
Difterite e Croup	223	398	200	300	191	367	208	378	—	—
Meningite cerebro-spinale	15	16	8	9	12	12	8	8	—	—
Encefalite letargica	2	2	4	4	1	1	3	3	—	—
Poliomielite cutanea ac.	11	11	6	4	6	7	8	8	—	—
Dissenteria	8	8	5	6	7	7	10	14	—	—
Pustola maligna	17	19	18	20	19	22	18	18	—	—

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

Bibliografia . . . . *Pag.* 224
Blu di metilene: azione ipoglicemizzante » 226
Cieco: cisti congenita; invaginaz. ileocecale . . . . » 219
Colpiti da « Trichomonas vaginalis »: cura . . . . » 229
Edema climaterico . . . . » 228
Ematuria di origine oscura . . . . . . » 203
Emorragie vaginali da pastiglie di permanganato potassico . . . . » 227
Flebiti e forme infiammatorie ginecologiche: irudinizzazione . . . . » 229
Gastrorragie . . . . » 216
Lavande vaginali . . . . » 230
Malaria: campagna contro la — nell'Agro Romano . . . . » 230
Mammelle: amputazione per cancro . . » 230
Metriti del collo: trattamento . . . . . . *Pag.* 229
Orecchio: sindromi acute . . . . » 220
Otosclerosi . . . . » 221
Pielonefriti in rapporto con la vita sessuale nella donna . . . . » 229
Riflessi condizionali e abitudini . . . . » 222
Saturnismo da farina . . . . » 232
Sciaggio: lesioni da — . . . . » 231
Sistema ret.-end.: ricerche . . . . » 226
Stitichezza e problemi connessi . . . . » 218
Tendini di seta nelle paralisi degli arti » 209
Toracimetro differenziale . . . . » 212
Tubercolosi: lotta contro la — . . . . . » 233
Tumore del lobo frontale . . . . » 226
Tumore ovarico benigno con ascite . . . » 226
Tumori: ricerche sperimentali . . . . . » 231
Vescica ur.: diverticolectomia . . . . . » 210

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Recenti importanti pubblicazioni:

Dott. W. SPIELMEYER PROFESSORE ALL'UNIVERSITÀ DI MONACO DI BAVIERA

MANUALE DI TECNICA PER LA RICERCA MICROSCOPICA DEL SISTEMA NERVOSO

QUARTA EDIZIONE TEDESCA, ACCRESCIUTA

Traduzione italiana del Dott. GUGLIELMO LIPPI FRANCESCONI

ASSISTENTE NELLA CLINICA NEUROPSICHIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

Prefazione del prof. G. B. PELLIZZI

DIRETTORE DELLA R. CLINICA NEUROPSICHIATRICA DELL'UNIVERSITÀ DI PISA.

Riportiamo l'Indice dei capitoli:

I. DEI PRINCIPII DELLA COLORAZIONE E DEI METODI ELETTIVI DI COLORAZIONE pagg. 1 a 13. — II. SCOPI E METODI DELLA RICERCA MICROSCOPICA DEL SISTEMA NERVOSO, pagg. 14 a 31. — III. LA FISSAZIONE, pagg. 32 a 43. — IV. L'INCLUSIONE E IL TAGLIO, pagg. 44 a 59. — V. QUADRI D'INSIEME, pagg. 60 a 71. — VI. LA MESSA IN EVIDENZA DELLE CELLULE NERVOSE, pagg. 72 a 84. — VII. LA MESSA IN EVIDENZA DELLE NEUROFIBRILLE E DEI CILINDRASSI, pagg. 85 a 100. — VIII. LA MESSA IN EVIDENZA DELLE GUAINE MIELINICHE, pagg. 101 a 116. — IX. LA MESSA IN EVIDENZA DELLA NEVROGLIA, pagg. 117 a 140. — X. LA MESSA IN EVIDENZA DI SOSTANZE DI DISFACIMENTO E DI DEPOSIZIONE, pagg. 141 a 157. — XI. LA RICERCA SUI VASI E SULLE MENINGI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE, pagg. 158 a 167. — APPENDICE, pagg. 168 a 169. — XII. LA RICERCA DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO, pagg. 170 a 180 — XIII. LA DIMOSTRAZIONE DI ALCUNI MICRORGANISMI PATOGENI, pagg. 181 a 192. — APPENDICE, pag. 193. — INDICE, pagg. 194 a 208.

Volume in-16°, di pagg. VIII-208, nitidamente stampato su carta uso mano. Prezzo: in brochure L. **22**; rilegato in tela con inscrizioni sul piano e sul dorso, L. **28**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, rispettivamente, sole L. **19** e L. **25**, in porto franco.

Prof. Dott. A. ROMAGNA MANOIA LIBERO DOCENTE DI NEUROPATOLOGIA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA DIRETTORE DELL'ISTITUTO « GAETANO GIARDINO »

I FANCIULLI EPILETTICI

(Note patogenetiche, cliniche, di assistenza e di terapia)

Affinchè i lettori possano farsi un concetto dell'importanza di questo volume, riportiamo qui di seguito l'Indice dei capitoli:

INDICE. — CAP. I. I sinonimi del « morbus sacer » - L'attitudine alle convulsioni del cervello infantile - Uno sguardo alla patogenesi dell'epilessia: le alterazioni encefaliche macro e microscopiche, radiologiche, ecc., nella epilessia cosidetta « essenziale »; l'importanza delle glandole endocrine e dei disturbi del metabolismo - I risultati delle osservazioni sul liquido cerebro-spinale e sul sistema cerebro-vegetativo. Le ipotesi di RONCORONI e di HARTENBERG: il centro epilettogeno di SALMON, Pag. 1 a 27. — CAP. II. La predisposizione ereditaria - Le variazioni morfologiche e costituzionali - Le encefalopatie con le quali si associa l'epilessia inifantile - Le convulsioni infantili e l'epilessia, pag. 28 a 32. — CAP. III. Epoca di inizio dell'epilessia - Le manifestazioni cliniche dell'epilessia: grande accesso, accessi parziali motori, mioclonoepilessia, tic di SALAAM, torcicollo spasmodico, picnolessia, epilessia statica, cataplessia, atti automatici; assenze, vertigini, lipotimie - Equivalenti fisici e psichici - Lo stato epilettico - Epilessia e demenza precoce, epilessia ed isteria - Frequenza delle varie manifestazioni nei bambini e nei fanciulli - Il decorso dell'epilessia - La diagnosi dell'epilessia, pag. 53 a 91. — CAP. IV. L'intelligenza degli epilettici: insufficienze mentali di grado vario, la demenza - I disturbi della loquela e della scrittura - Le anomalie del carattere e del senso morale - L'inadattabilità sociale e sue conseguenze - Le statistiche degli epilettici nelle varie nazioni - L'assistenza degli epilettici, specialmente fanciulli, nel Belgio, in Francia, in Germania, in Inghilterra, in Italia, in Olanda, in Romania, nella Spagna, negli Stati Uniti d'America, nella Svezia, nella Svizzera - La vita dei fanciulli epilettici negli istituti - Il problema dell'assistenza degli epilettici, pag. 92 a 136. — CAP. V. Igiene - Alimentazione: le diete, lattea, vegetariana, ipoazotata, ipoclorurata; il digiuno terapeutico, il regime chetogeno, il regime ipoidratato, il regime zuccherato - La terapia sedativa, anticonvulsiva; bromuri, feniletilmalonilurea, tartrato boricopotassico - Cure diverse, antiluetiche, opoterapiche, proteiniche, calciche, pireto-terapiche - Cure chirurgiche, elettriche - Assistenza e cura durante gli accessi, durante lo *status epilepticus* - Alcuni schemi di terapia, pag. 137 a 184. — *Indice analitico*, pag. 185 a 187.

Volume in-8° di pagg. VIII-188, nitidamente stampato in carta semipatinata, con 47 figure nel testo. Prezzo L. **22**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **18,50** in franco porto.

Prof. GAETANO BOSCHI DELL'OSPED. PROV. DI FERRARA; NEUROPATOLOGO ONORARIO DELL'ARCISP. DI S. ANNA; DOC. DI NEUROPATOLOGIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA; MEMBRO DELLA SOC. DI NEUROLOGIA DI PARIGI

e

Dott.ssa MARIA CORI DEL REPARTO NEUROLOGICO DELLA POLIAMBULANZA MEDICO-CHIRURGICA DI FERRARA; GIÀ MEDICO INTERNO PRESSO LA CLINICA MEDICA DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PADOVA

Compressioni midollari

Rilievi clinici e guida diagnostica

(CON 30 FIGURE NEL TESTO, 2 DELLE QUALI A COLORI)

Eccone il Sommario:

PREFAZIONE. — DEFINIZIONE DI « COMPRESSIONE MIDOLLARE ». — RICHIAMI ANATOMICI. — ANATOMIA PATOLOGICA. — SINTOMATOLOGIA: SINTOMI DELLA COMPRESSIONE EXTRAMIDOLLARE. POSIZIONE DELLA COMPRESSIONE RISPETTO AL PIANO ORIZZONTALE. COMPRESSIONI EXTRAMIDOLLARI A SEDE INTRA- O EXTRADURALE. COMPRESSIONI DA CAUSE INTRAMIDOLLARI. DIFFERENTE SINTOMATOLOGIA A NORMA DELL'ALTEZZA. — ESAMI SUSSIDIARI: STUDIO MANOMETRICO DELLA TENSIONE DEL « LIQUOR ». PUNTURA LOMBARE. SEGNO DI QUECKENSTAEDT. PROVE DI QUECKENSTAEDT-STOOKEY. INDICI DI PRESSIONE. PROVA DI AYER (E DI BOSCHI). ESAME DEL « LIQUOR ». ESAME DEL « LIQUOR »: DOPPIA PUNTURA. PROVE RADIOLOGICHE DIRETTE. PROVA DEL LIPIODOL DI SICARD E FORESTIER. — CASI PERSONALI. — INDIRIZZAMENTO DIAGNOSTICO: DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE. DIAGNOSTICA DI NATURA. — DECORSO E PROGNOSI. — CURA. — CONCLUSIONI. — BIBLIOGRAFIA.

Volume di pagg. VIII-128, nitidamente stampato, con 28 figure in nero e 2 a colori intercalate nel testo. Prezzo L. **18**, più le spese postali di spedizione.
Per gli abbonati ai nostri periodici sole L. **15,50** in porto franco.

N. B. Per l'estero aumentare il 10 % per le maggiori spese postali occorrenti per la spedizione raccomandata.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia postale o chéque bancario all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XLI — Roma, 19 Febbraio 1934 - XII — Num. 7

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Amantea: Osservazioni batteriologiche sulla bile umana, con particolare riguardo allo streptococco.

Osservazioni cliniche: G. Gucci: Trazione scheletrica con filo in frattura viziosamente consolidata.

Igiene: G. Perardi: I portatori del bacillo di Eberth nelle endemie tifiche.

Riviste generali: M. Zingale: Linfatismo e costituzione.

Sunti e rassegne: SISTEMA NERVOSO: S. Wateff: Vertigo epidemica. — H. Roger e P. Sarradon: Forme cliniche degli spasmi delle silviane. — Fischer et de Morsier: Ematoma sottodurale cronico post-traumatico. — Gogliotti: Esperienze sull'arricchimento numerico e sulla modalità di distribuzione delle fibre nervose nei nervi in rigenerazione. — MISCELLANEA: A. Bassler: Angina pectoris e pancreas. — M. Gänsslen: Nuovi punti di vista per la diagnosi e la cura dell'anemia perniciosa.

Medicina sociale: B. di Tullio: La rieducazione dei minorenni che delinquono.

Notizia bibliografica. — Cenni bibliografici.

Accademie, Società Mediche, Congressi: Accademia Pugliese di Scienze.

Appunti per il medico pratico: DALLA PRATICA CORRENTE: C. Ferri: Un caso di leishmaniosi interna in una bambina di cinque anni, con ittero grave. — CASISTICA E TERAPIA: Asma e tubercolosi. — Le balbuzie di origine respiratoria. — Sull'actinomicosi polmonare e toracica. — La cura della pleurite siero-fibrinosa tubercolare. — Il trattamento del raffreddore. — NOTE DI DIETETICA: Valore dietetico della sorbite nella cura del diabete. — MEDICINA SCIENTIFICA: Sull'ormone del pigmento e sulle sue funzioni nell'uomo e nell'animale. — VARIA.

Nella vita professionale: DIVAGAZIONI: E. H. Perreau: Le mance nei gabinetti medici. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma diretto dal Prof. C. FRUGONI.

Osservazioni bacteriologiche sulla bile umana, con particolare riguardo allo streptococco.

Dott. FAUSTO AMANTEA.

La bacteriologia delle vie biliari ha dato luogo fin da lungo tempo a molteplici ricerche e a lunghe discussioni. Fino a non molto si riteneva, che nella maggioranza delle flogosi delle vie biliari, si avesse un reperto batterico raramente positivo e quasi costantemente costituito dal Bacterium coli. Apparvero poi ulteriori osservazioni, e tra le altre in Italia quelle importanti di Frugoni, nel tifo, secondo le quali la percentuale dei casi bacteriologicamente positivi divenne più alta, non solo ma si constatò che il reperto era costituito oltre che dal b. coli anche d'altri germi affini, nonchè di streptococchi e stafilococchi.

Pertanto nel 1923 Hüntemüller, Klieve, Gundermann, modificata la tecnica di ricerca fino allora adoperata, poterono dimostrare, come fosse ancor più frequente il reperto dei germi, tanto nella bile, quanto nelle pareti delle vie biliari.

La modificazione della tecnica consisteva principalmente nell eseguire un arricchimento in brodo del materiale estratto, prima di fare la semina nei comuni terreni di cultura.

Secondo tali autori sarebbero gli stafilococchi e non più il coli, gli agenti infettivi più frequenti a ritrovarsi.

Analoghi risultati ebbe ad ottenere Specht. Pertanto Hoffmann e K. Pesch nel 1928, apportando anch'essi una lieve modificazione al metodo proposto da Hüntemüller, giunsero alla conclusione degli autori su citati, specie per quanto riguarda l'isolamento dello stafilococco, reperto secondo loro dovuto al facile inquinamento delle culture; per cui questo, secondo loro, non avrebbe, nella patogenesi delle colicistiti, che un ruolo molto secondario.

A simile conclusione è pervenuto nel 1929 lo stesso Klieve, che infirmando le sue precedenti ricerche, asserisce di aver trovato in 50 casi di colicistitici, delle culture di frammenti di cistifelia; in 43 casi lo streptococco, in 2 il coli e in 5 nulla, laddove dalla bile degli stessi pazienti in 44 casi si era avuto un reperto negativo e in 3 positivo per il b. coli. Anche Antoniazzi in uno studio isto-bacterio-

logico, in 40 casi di colicistiti, viene ad analoghe conclusioni. Mestitz e Rittner a seguito di ricerche bacteriologiche sulla bile e sulle pareti della cistifelia, in 80 casi di colicestectomia, hanno trovato che nel 22,50 dei casi si ha un reperto negativo, tanto nella bile che nella cestifelia; mentre nella bile un reperto positivo del 65 % con reperto di coli, stafilo, strepto, tifo.

Analoghi risultati hanno avuto dalla cultura dei pezzetti di mucosa della cistifelia.

Fiorini infine, nel riferire i risultati ottenuti dall'esame bacteriologico ed istologico di 77 casi di cistifelie, asportate per colicistite, notò che solo il 33 % dei casi rimanevano sterili, il resto v'era il predominio del b. coli; nessuna differenza egli ci dà tra il reperto della bile e delle pareti della colicisti.

Al contrario Rosenow e Wilkie ritengono, che lo streptococco sia un reperto forse più frequente di quanto non sia stato provato, avendo per essi tale bacterio un vero tropismo verso la cistifelia.

Magena, Duran e Tapia da un esame bacteriologico della bile, ottenuto con sondaggio duodenale o direttamente dalle colicisti, non hanno invece potuto stabilire nessuna differenza microbica notevole tra le culture ottenute dalle vie biliari sane e quelle ammalate.

A ciò essi son pervenuti, studiando la patologia biliare in rapporto ai fattori allergici in ammalati delle vie biliari con fenomeni di orticaia, febbricola, eczemi che han trovato sensibili ai propri germi e che, coll'impiego dell'autovaccino e di lavaggi duodenali, han visto guarire.

Conviene pertanto non dimenticare, che tali dati non sono da tutti gli studiosi ritenuti come probativi, non per la capacità dei ricercatori, ma per il metodo della cultura della bile, e prelevata direttamente dalla cistifelia, asportata chirurgicamente e col sondino duodenale, ritenuto poco attendibile per svariate cause di errore, che porta in se stesso.

Tale dubbio è in essi avvalorato inoltre dal fatto che la bile avrebbe un potere inibitore sui microrganismi, dovuto (Leubuscher) al suo contenuto in acidi biliari, alla presenza di una bactericidina (Medowikow, Loiin) contenuta nel succo duodenale e avente azione prettamente sterilizzante e all'azione inibitrice della mucosa della vescichetta biliare, come Wilkie recentemente ha affermato.

E così essi finiscono con lo spiegare la frequente sterilità della cultura della bile come dovuta a ciò, mentre poi ritengono sia da attribuirsi ad inquinamento i reperti positivi. Quasi a conferma di ciò Gunderman, Alvarez, Hüntemüller, per primi, hanno dimostrato, che in certi casi, mentre la cultura della bile resta sterile, quella delle pareti vescicolari dà dei risultati positivi. E recentemente ancora Wilkie, a causa dell'azione inibitrice della mucosa vescicolare, egli afferma, che a mettere in evidenza l'agente microbico delle colicistiti, sia da farsi la cultura delle pareti, però dopo l'asportazione della mucosa, o al più quella del ganglio della vescichetta stessa, quasi sempre in tali casi infiammato.

Altri ricercatori invece (Rollj, Liembermeister, Gartner) sono di contraria opinione, ritenendo che nè il succo intestinale, nè della mucosa, nè quello pancreatico o biliare hanno potere inibitore sui microrganismi.

Anzi essi pensano, che tale azione inibitrice sia piuttosto da ricercarsi in una vera e propria azione bactericida del succo intestinale, così come ritengono di aver trovato Gartner e Van de Reis.

Le ricerche tuttavia fin'oggi fatte dai diversi autori, sono state eseguite quasi esclusivamente su soggetti affetti da processi infettivi acuti o cronici della cistifelia o delle vie biliari o del fegato in toto.

Esse, sono state dirette su tutto allo scopo di conoscere la bacteriologia della bile, del rapporto esistente tra i vari germi ed il processo morboso, onde stabilire il nesso esistente tra essi e la lesione anatomopatologica della flogosi.

Le nostre ricerche invece sono state dirette verso un diverso obiettivo: la nostra indagine si è svolta in prevalenza, direi assoluta, in soggetti indenni da affezione morbosa della glandola epatica o delle vie biliari.

Fine di esse era la conoscenza della bacteriologia della bile, con particolare riguardo allo streptococco in soggetti sani o affetti da altra malattia, comunque non febbrile, onde osservare, se le vie biliari avessero eventualmente potuto costituire un focus latente e se, e in quale relazione esso fosse stato da porsi con le affezioni diverse.

In pochi casi abbiamo esteso le ricerche su epato-pazienti, ma solo allo scopo di porre eventualmente in evidenza lo streptococco anche nella bile di essi.

Naturalmente, dovendo sperimentare su persone, non destinate ad interventi sulla cestifelia, noi non potevamo servirci, che dell'unico mezzo possibile, per l'estrazione della bile, quale è il sondaggio duodenale.

È per vero, che questo metodo è, come si è visto, da molti ritenuto poco attendibile; ma quando si confronteranno le mie ricerche, con quelle degli autori che hanno sperimentato diversamente, con estrazione di bile da cistife-

lia asportata chirurgicamente o con culture di frammenti delle sue pareti, noi possiamo concludere che esso non sia affatto da condannarsi.

Il metodo servito per la estrazione della bile è quello descritto da Meltezr-Lyon. Il sondaggio veniva praticato a digiuno, con il sondino di Aicort.

Con piccoli accorgimenti di posizione e con la somministrazione di poche gocce di bellafollina, dopo circa 1 ora si otteneva la bile, facile a riconoscersi e per il suo colore e per la sua alcalinità e per il modo caratteristico con cui viene fuori, impressogli dal ritmo duodenale.

Si lasciava sgorgare dal sondino, posto a modo di sifone, allorchè la bile era abbondante, la bile *A*, che in genere non veniva raccolta e poi si somministrava la soluzione di solfato di magnesio al 20 %, con siringa sterile attraverso il sondino stesso e si attendeva da 10 a 20 minuti.

Quindi si toglieva la cocher, che c'era servita a chiudere il sondino, e si flombava alla fiamma l'estremità di esso. Si lasciava venire la bile spontaneamente o, allorchè la secrezione era scarsa, si praticava l'aspirazione con siringa sterile.

In genere oltre agli accorgimenti suddetti, per l'accertamento della bile, ci si assicurava volta per volta con la radioscopia. La bile si raccoglieva in provette sterili nella dose di 5 a 10 cc.

Sulle prime esperienze si è adoperata la bile in toto; ma subito dopo, poichè si era notato che essa determinava una alterazione di colorazione nei terreni di cultura e per ovviare al timore che potesse comunque turbare, se non inibire, lo sviluppo dei germi in essa contenuti, si praticò sul centrifugato della bile stessa.

Esso veniva così allestito: addizionata la bile (cc. 5) con qualche cc. di soluzione fisiologica sterile, si centrifugava per circa mezz'ora, quindi decantata la parte superiore, si riprendeva il sedimento con brodo sterile, tanto quanto era stata la parte superiore versata.

Con tale miscela si praticavano, come si era fatto nelle precedenti esperienze con la bile in toto, delle culture in terreni liquidi e in terreni solidi.

I terreni liquidi adoperati sono stati: il brodo semplice, il brodo glucosato, il brodo cervello ricoperto dopo di paraffina; i terreni solidi sono stati: piastre di agar-sangue e in casi sporadici tubi di agar-sangue e agar-cervello solo o addizionato con sangue, ricoperto dopo di paraffina.

La titolazione è stata varia. In genere si facevano diluizioni scalari; diluendo progressivamente per raddoppiamento in 3 o 4 provette un 1/2 cc. del liquido, portato a volume della bile e poi col contenuto di ogni provetta si gettava in piastra. Questo si faceva per rendere possibile il computo, anche nei casi in cui per avventura il contenuto in germi di 1/2 cc. di bile, fosse stato tanto grande da rendere difficile e impossibile il conteggio delle colonie.

Nel contempo si facevano le gettate in brodo glucosato e in brodo-cervello, ricoperto dopo con paraffina, oppure in agar-cervello, sempre ricoperto di paraffina; al fine di osservare l'eventuale sviluppo di germi anaerobi.

L'aspetto delle colonie poi serviva ad orientarci, se lo streptococco viridans, da noi adoperato, avesse eventualmente mutato nei successivi passaggi i suoi caratteri, acquistando proprietà emolitiche.

Il sangue veniva tempestivamente prelevato, nel modo più sterile, da vena di soggetto sano.

Per accertarsi della sterilità di esso si lasciava un tubo e una piastra di agar-sangue, priva di emulsione batterica. La lettura veniva fatta dopo 12 e 24 ore della permanenza in termostato a 37°, la conta delle colonie per cc., tenendo conto soltanto di quelle piuttosto ricche e rimarcando solo la presenza nelle più povere. In genere possiamo affermare, che tutte le culture, e in terreno solido e liquido, si sono mostrate uniformi; essendosi presentate o tutte sterili o tutte ricche in germi, siano questi in cultura pura o mista. Rare volte è avvenuto che i terreni liquidi rimanevano sterili e i solidi no; ciò solo, quando ci si trovava in presenza di germi non streptococcici.

I casi clinici da noi prescelti, nel sondaggio della bile, sono stati vari, però tutti afebbrili.

Su 65 casi, solo 10 avevano delle flogosi delle vie biliari, tutti gli altri erano affetti da altri processi morbosi di minima entità o a decorso cronico.

In un sol caso il 44° si fece l'estrazione da un soggetto affetto da febbricola di natura indeterminata e con esito, conviene che qui dica subito, negativo. In un altro si praticò direttamente il prelevamento da cistifellea calcolotica, asportata chirurgicamente, a cui precedentemente si era fatto anche il prelevamento a mezzo di sondino, ciò a scopo di osservare, se eventuali differenze vi fossero state.

Dalle casistiche delle nostre ricerche possiamo concludere di aver riscontrato 19 casi negativi e 46 positivi, ripartiti come segue: 14 streptococchi viridans in cultura pura; 2 streptococchi emolitici; 12 streptococchi in

cultura mista con germi Gram negativi e Gram positivi e 18 bacteri diversi; stafilo, coli, micrococchi.

Tali culture poi si sono avute nelle seguenti malattie, così divise:

Presenza di streptococco in cultura pura:

Caso n. 1. — Dispepsia acida.
Caso n. 2. — Ittero da ritenzione.
Caso n. 3. — Insufficienza mitralica.
Caso n. 4. — Nefrite cronica.
Caso n. 5. — Anacloridria.
Caso n. 6. — Reumatismo articolare.
Caso n. 7. — Splenomegalia.

Nei sucitati casi le colonie erano meno di una ventina.

Caso n. 8. — Reumatismo articolare: colonie 1500.
Caso n. 9. — Ascessi tbc. cutanei multipli: colonie 500.
Caso n. 10. — Diabete: colonie 1100.
Caso n. 11. — Uremia cronica: colonie 150.
Caso n. 12. — Radicolite: colonie 450.
Caso n. 13. — Ulcera duodenale: colonie 1000.
Caso n. 14. — Colelitiasi: colonie 50.
Caso n. 15. — Ulcera duodenale: colonie 250.
Caso n. 16. — Glicosuria, gastroenterostomia da pregresso a ulcera: colonie 200.

Presenza di streptococco in cultura mista con staffilo, coli, ecc.:

Caso n. 1. — Ipercloridria: colonie 1500.
Caso n. 2. — Reumatismo articolare: colonie 120.
Caso n. 3. — Colecistite calcolotica: col. 1200.
Caso n. 4. — Annessite: colonie 260.
Caso n. 5. — Epatite: colonie 300.
Caso n. 6. — Colecistite post-tifica 0.
Caso n. 7. — Tachicardia: colonie 1200.
Caso n. 8. — Nefroma: colonie 500.
Caso n. 9. — Pielite: colonie 1000.
Caso n. 10. — Nefrite cronica: colonie 450.
Caso n. 11. — Pseudo-reumatismo (m. Ponchet-Grocco).
Caso n. 12. — Endocardite: colonie 500.

Presenza in bile di germi diversi quale staffilo, micrococchi, coli, senza la presenza di alcuni streptococchi:

Caso n. 1. — Nefrite.
Caso n. 2. — Reumatismo articolare.
Caso n. 3. — Pleurite.
Caso n. 4. — Calcolosi renale con idronefrosi.
Caso n. 5. — Epatite.
Caso n. 6. — Pleurite.
Caso n. 7. — Appendicite cronica.
Caso n. 8. — Diabete mellito.
Caso n. 9. — Ittero emolitico.
Caso n. 10. — Colecistite calcolosa.
Caso n. 11. — Reumatismo articolare in luetico.
Caso n. 12. — Neurite retrobulbare.
Caso n. 13. — Ulcera duodenale.
Caso n. 14. — Anemia da parassitosi intestinale.
Caso n. 15. — Ulcera duodenale.
Caso n. 16. — Nefrite.
Caso n. 17. — Pleurite secca.
Caso n. 18. — Radicolite.

Presenza in bile di nessun germe:

Caso n. 1. — Intossicazione cronica da arsenico di rame.
Caso n. 2. — Epatosplenomegalia.
Caso n. 3. — Febbricola postpneumonica.
Caso n. 4. — Ulcera duodenale.
Caso n. 5. — Tonsillite lacunare.
Caso n. 6. — Gastropatia.
Caso n. 7. — Ittero da probabile calcolosi.
Caso n. 8. — Ulcera gastrica.
Caso n. 9. — Intossicazione del favismo.
Caso n. 10. — Parkinson.
Caso n. 11. — Epatite con subittero.
Caso n. 12. — Calcolosi biliare.
Caso n. 13. — Bile da colecistectomia calcolotica.
Caso n. 14. — Flajani-Basedow.
Caso n. 15. — Nefrosi.
Caso n. 16. — Febbricole di natura specifica.
Caso n. 17. — Ipertensione.
Caso n. 18. — Reumatismo articolare.
Caso n. 19. — Sclerosi a placche.

Il risultato delle nostre ricerche, come si vede dai dati prima acclusi, non sono dissimili da quelli avuti da altri autori con procedimento diverso (Magena, Duran, Tapia, Klive e Williams).

Il rapporto dei vari reperti sarebbe all'incirca di: 66 % di culture positive, 34 % di culture negative.

Nelle culture positive il 25 % sarebbe costituito di streptococchi, 30 % di cultura mista, priva di streptococchi, e il 10 % di cultura mista, associata alla presenza di streptococchi.

Come notasi alta è la percentuale degli streptococchi, trovati nella bile in soggetti sani; ciò è da tenersi presente, sia che si debba dare ad essi maggiore importanza nella patogenesi delle flogosi biliari, sia che si debba considerarli, come espressione di foci latenti: causa di sintomi a volte allergici (Jemminez e Diaz); sia che si debba considerare le vie biliari, come via di grande eliminazione. Ciò reputo giusto pensare, a meno che non si voglia considerare come alcuni autori affermano (Wagner, Wilkie, Meyers) il che non è provato, essere la maggior parte degli streptococchi, trovati nella bile, degli enterococchi.

Gli streptococchi da noi trovati sono tutti viridans costituiti di catene brevi, meno due che avevano caratteri emolitici.

A parte che ulteriori e lunghi studi potrebbero illuminarci sui rapporti tra streptococchi nelle vie biliari ed altre malattie aventi carattere focale, noi, osservando i dati riportati, dobbiamo pertanto ritenere, che l'analisi bacteriologica della bile nel caso singolare non è praticamente utilizzabile ai fini di interpretazione patogenetica.

Tuttavia risulta chiara l'alta percentuale dei soggetti apportatori di streptococchi, sia in quelli che possono mettersi in relazione a dei foci, sia come via di eliminazione.

Può darsi benissimo, che anche in certe affezioni di streptococco vi sia un reperto negativo, ma ciò non infirma, a mio giudizio,

il metodo da me adoperato, così come non infirma la sterilità del reperto.

I 19 casi di sterilità da me avuti e sopra tutto il caso che si riferisce al soggetto affetto da colecistite calcolosa, su cui fu fatta la cultura della bile prima e dopo della colecistectomia (prima naturalmente estratta col sondino, dopo presa diretta dalla cistifelia asportata dal chirurgo) aventi entrambi dato il medesimo risultato, ci consente ad affermare che il metodo del sondaggio duodenale non è da infirmarsi.

Così come non è da ritenere per sicuro il potere bactericida del chimismo duodenale (Medowikow), degli acidi biliari (Leubuscher). della mucosa (Wilkie) e del succo enterico (Gartner) dacchè i reperti positivi ne sono una riprova.

Il gran numero di colonie della stessa specie batterica esclude l'ipotesi dell'inquinamento. Del resto d'altre ricerche, condotte nella nostra Clinica (Pozzi), si è visto, come vario sia il comportamento degli streptococchi di fronte alla bile. Alcuni ne risentono fortemente il potere battericida, altri no. Tra i primi non è difficile trovare di quelli, che possono adattarsi alla bile, sì da divenire ad essa insensibili.

Sapendo quanto scarso sia il succo duodenale in soggetti digiuni, potremo perciò considerare le culture della bile con più tranquillità e ritenere ch'esse siano l'espressione della batteriologia delle vie biliari. Non credo infine che sia da obbiettarsi, che il succo duodenale in soggetti epatici è meno battericida che in normali, dacchè, come si è visto, i nostri casi sono tutti o quasi da riferirsi a soggetti, affetti dalle più svariate malattie, tranne che delle vie biliari.

I miei ringraziamenti al prof. Lusena, che ha seguito queste ricerche.

RIASSUNTO.

L'A. allo scopo di osservare se le vie biliari potessero costituire un focus latente ha eseguito ricerche sulla batteriologia della bile in soggetti sani ed ha potuto vedere che in realtà lo streptococco trovasi in grande percentuale sia solo che associato. Ciò indurrebbe ad assegnare ad esso maggiore importanza nella flogosi biliare e come espressione di foci latenti.

BIBLIOGRAFIA.

Frugoni. Archivio di Biologia, 9-6.
Antoniazzi. Pathologica, 1930.
Munch. Med. Woch., 1929 (riferito in Policlinico, S. P., n. 36, 1929).
Arch. Kli. Chirurg.,(Ibid.)
Fiorini-Fracastoro, 1931.
Nutrition, 1932 (Relaz. Batter. della Bile Vichy).
Arch. des Maladies digestifs et nutrition, 1933.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedali Riuniti di S. Fina in S. Gimignano.

Trazione scheletrica con filo in frattura viziosamente consolidata.

Dott. Giuseppe Gucci,
chirurgo primario e direttore sanitario.

Crediamo interessante rendere noto il risultato ottenuto in un caso quanto mai disgraziato trattato con la trazione diretta sullo scheletro, e messo in pratica col recente strumentario di Putti.

Si tratta di un giovane di 22 anni, S. Ulisse, da S. Gimignano.

Ci viene portato in Ospedale la sera del 1° ottobre 1932 perchè poche ore prima mentre si trovava in bicicletta era andato a cozzare contro un carro trainato da buoi.

Il paziente si presenta in decubito supino coll'arto inferiore D. raccorciato, ruotato all'esterno e deformato all'altezza del terzo superiore della

Radiogramma 1. — La frattura della diafisi femorale come si presentava all'ingresso del paziente in ospedale.

coscia. In questa stessa regione l'ispezione fa notare che la cute è di colorito normale e senza soluzione di continuo. D'altra parte però vi si nota una cicatrice di vecchia data, longitudinale, lunga circa 12 cm., slargata, infossata, ed aderente, situata sulla faccia laterale esterna della coscia. Alla palpazione si risveglia vivo dolore e si ha sensazione di scroscio.

Domandata quale era la ragione di quella cicatrice, i genitori dell'infortunato ci riferiscono che il paziente all'età di 3 anni e cioè 19 anni or sono, soffrì in quella regione di un processo osteomielitico per il quale subì vari interventi, con una lunga degenza ospitaliera.

Portato il paziente nella sala dei raggi si mette in evidenza una frattura della diafisi femorale (vedi radiografia 1) all'altezza del III superiore col terzo medio, con i monconi in dislocazione laterale mentre proprio in questa regione si nota un addensamento dell'osso con scomparsa del canale midollare.

Proceduto subito e secondo il consueto alla riduzione si mette un semplice apparecchio a trazione mediante striscie di cerotto.

RADIOGRAMMA 2. — L'arto dopo la riduzione.

L'arto riprende così la sua forma normale, non è dolente e tutto sembra andare normalmente (vedi radiografia n. 2) quando in ottava giornata dal trauma incominciano delle puntate di temperatura con dei doloretti nel focolaio di frattura.

Ci viene subito il sospetto che ciò possa avere relazione col processo osteomielitico pregresso e infatti ben presto con l'aumento della temperatura e dei dolori si rende evidente un arrossamento della vecchia cicatrice che si fa tesa e lucida.

Intanto le condizioni generali del paziente vanno deperendo sia per lo stato febbrile, che prende l'andamento del settico, sia per i dolori, sia per l'insonnia.

Si giudica quindi opportuno intervenire sul focolaio di frattura, come infatti si interviene dando esito a notevole quantità di pus.

Una radiografia (vedi radiografia n. 3) fatta subito dopo l'apertura del focolaio di frattura, dimostra che i frammenti sono in buona posizione. Ma anche con ciò il paziente non tende a migliorare e la febbre permane sempre alta, le condizioni generali si fanno precarie per uno stato settico generale per cui si pensa di levare anche la trazione a pesi sia perchè dovemmo fare delle controaperture sulle faccie laterali della coscia, sia anche per lasciare più tranquillo il paziente.

Anche però con altre ampie incisioni liberatrici, l'andamento generale e locale del paziente non va migliorando, tanto che crediamo opportuno ventilare ai famigliari la probabile necessità di una amputazione. Trascorre in questa indecisione ancora qualche giorno, finchè il paziente comincia a dare segni di miglioramento, sia per il localizzarsi del processo suppurativo, sia per

RADIOGRAMMA 3. — Come si presentava la frattura subito dopo la prima apertura liberatrice.

la febbre che comincia a declinare, sia per le condizioni generali.

Durante questo burrascoso periodo era evidente che l'interesse per la frattura in sè passasse in seconda linea perchè pensavamo a dominare meglio che potevamo il processo suppurativo che stava minacciando una giovane vita.

Fu così che, pur avendo osservato nelle frequenti medicazioni, che i monconi stavano subendo delle dislocazioni perchè completamente mobili non ritenemmo opportuno provvedere alla loro riduzione riservando ciò ad un secondo tempo quando il paziente fosse libero dal pericolo della sepsi. Fu così che passarono circa 15 giorni e quando noi potemmo fare una radiografia si ebbe il reperto radiografico delle radiografie n. 4 e n. 5.

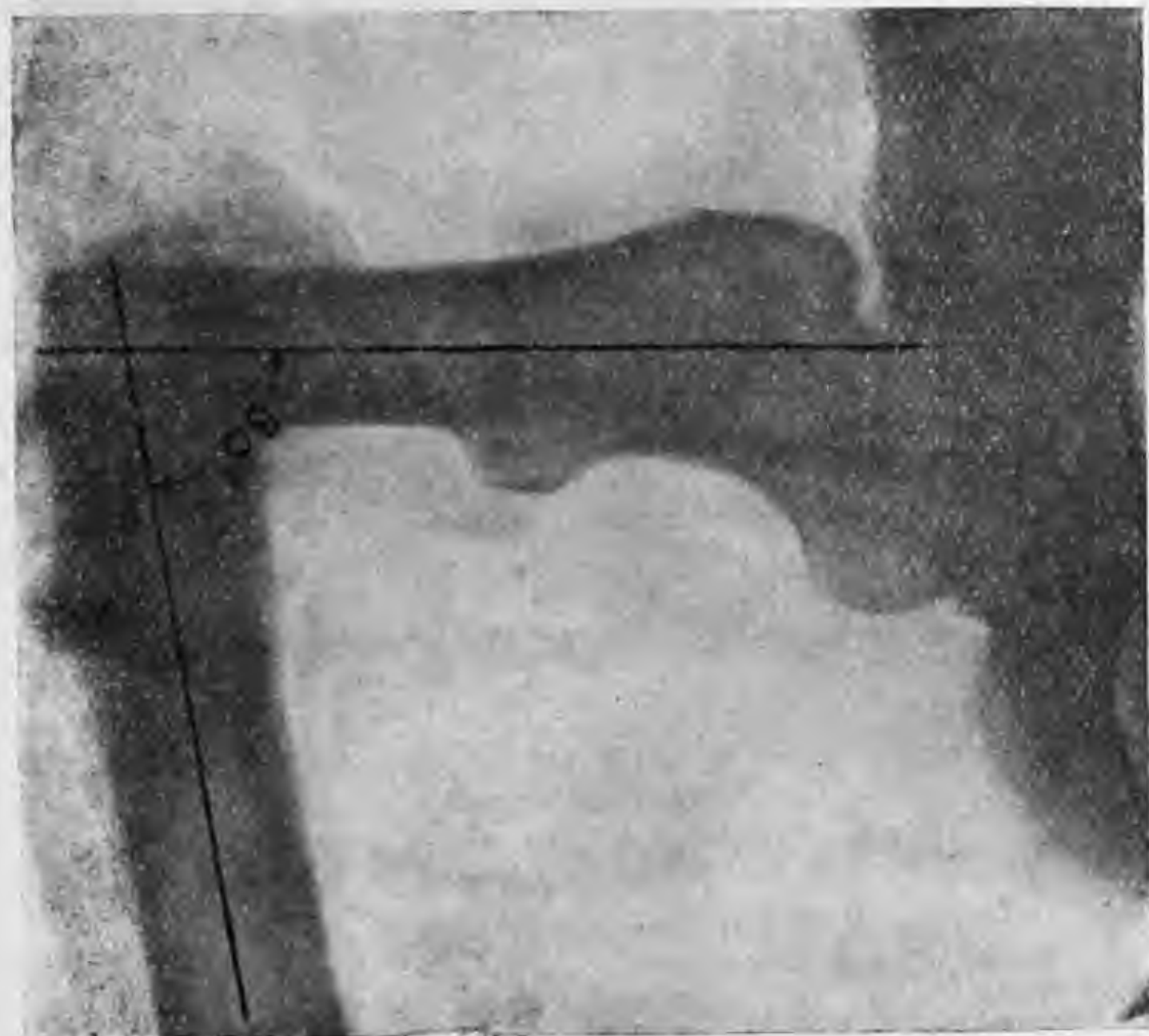
Ciò in verità non ci sorprese poichè questa grossa dislocazione era resa evidente dalla grande deformità che aveva preso la coscia e che nella

fotografia n. 1 si vede solo in parte ma che si può capire dal notevole accorciamento dell'arto.

In questo stato la coscia presentava nel terzo superiore una deformità angolare così accentuata che il prolungamento dell'asse del moncone distale formava con il prolungamento dell'asse del segmento prossimale un angolo aperto all'interno di 80° (vedi fotografia n. 1).

Pur tuttavia credemmo opportuno limitarci alle semplici medicature proponendoci un intervento « a freddo », quando cioè il paziente fosse stato

Raggiunto questo peso *esso fu tenuto per 57 giorni senza che il paziente avvertisse la minima sofferenza.*

Contemporaneamente installammo mediante

Radiogramma 4.

Radiogramma 5.

Radiogrammi 4 e 5. — Come si presentavano i monconi prima dell'intervento.

completamente apirettico da tempo e le sue condizioni fossero migliorate.

Fummo costretti perciò a lasciare passare un periodo non breve di tempo, circa trenta giorni, prima che il paziente fosse in grado di sopportare l'atto operativo ed in questo tempo i monconi si consolidarono.

Contemporaneamente anche l'articolazione del ginocchio, data l'immobilità si era fatta contratta e anchilotica. Tutto ciò contribuì a rendere più difficile l'intervento mentre la saldatura dei monconi ci rendeva edotti delle migliorate condizioni del paziente sia locali che generali.

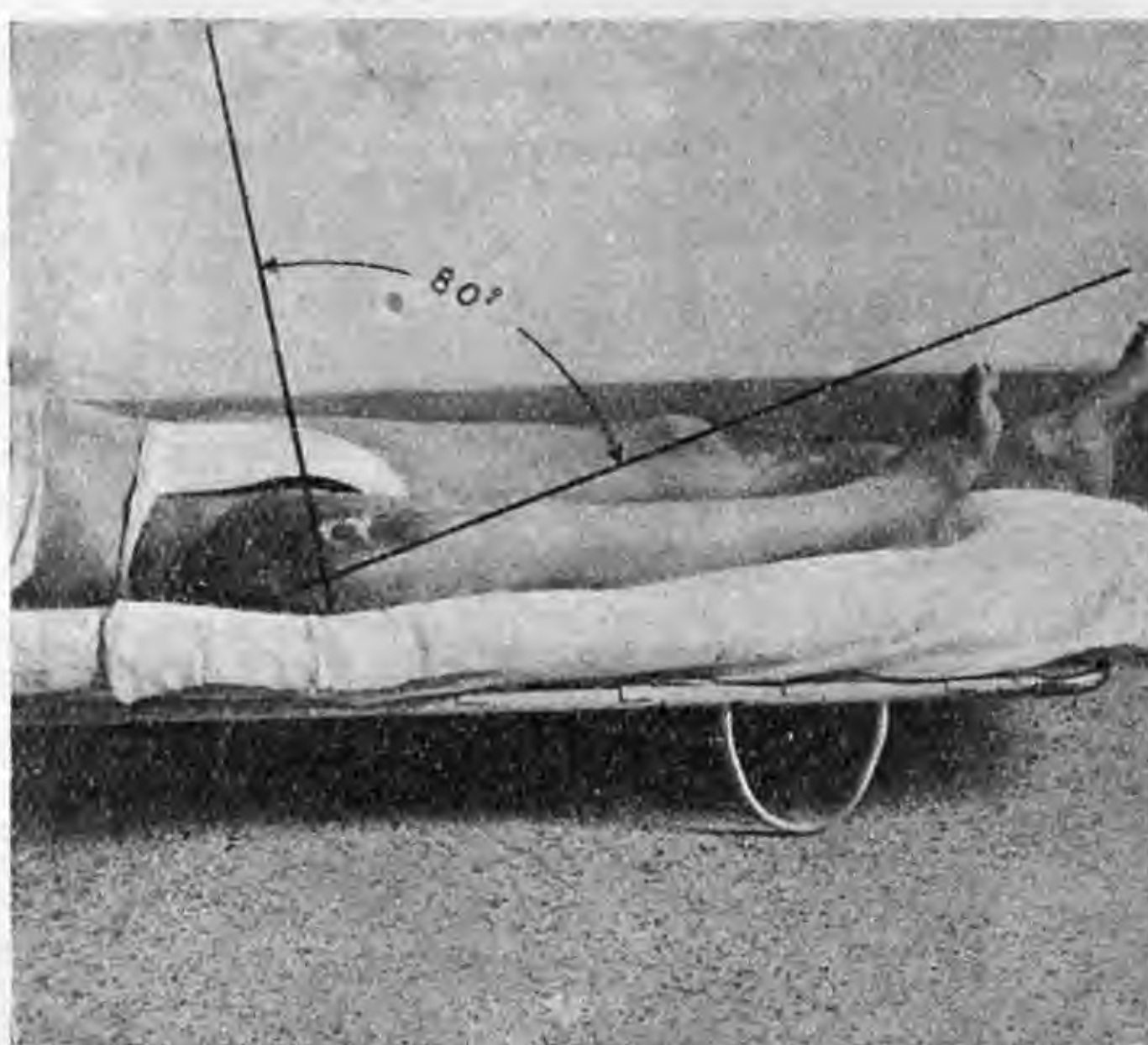
Il giorno 27-III-1933 procedemmo all'atto operativo che consistette prima nella messa di un filo di un 1 mm., attraverso lo scheletro, in regione sopramalleolare, all'altezza della metafisi tibiale inferiore e dopo in una completa mobilizzazione del blocco osseo, mediante un'ampia incisione sulla faccia laterale della coscia.

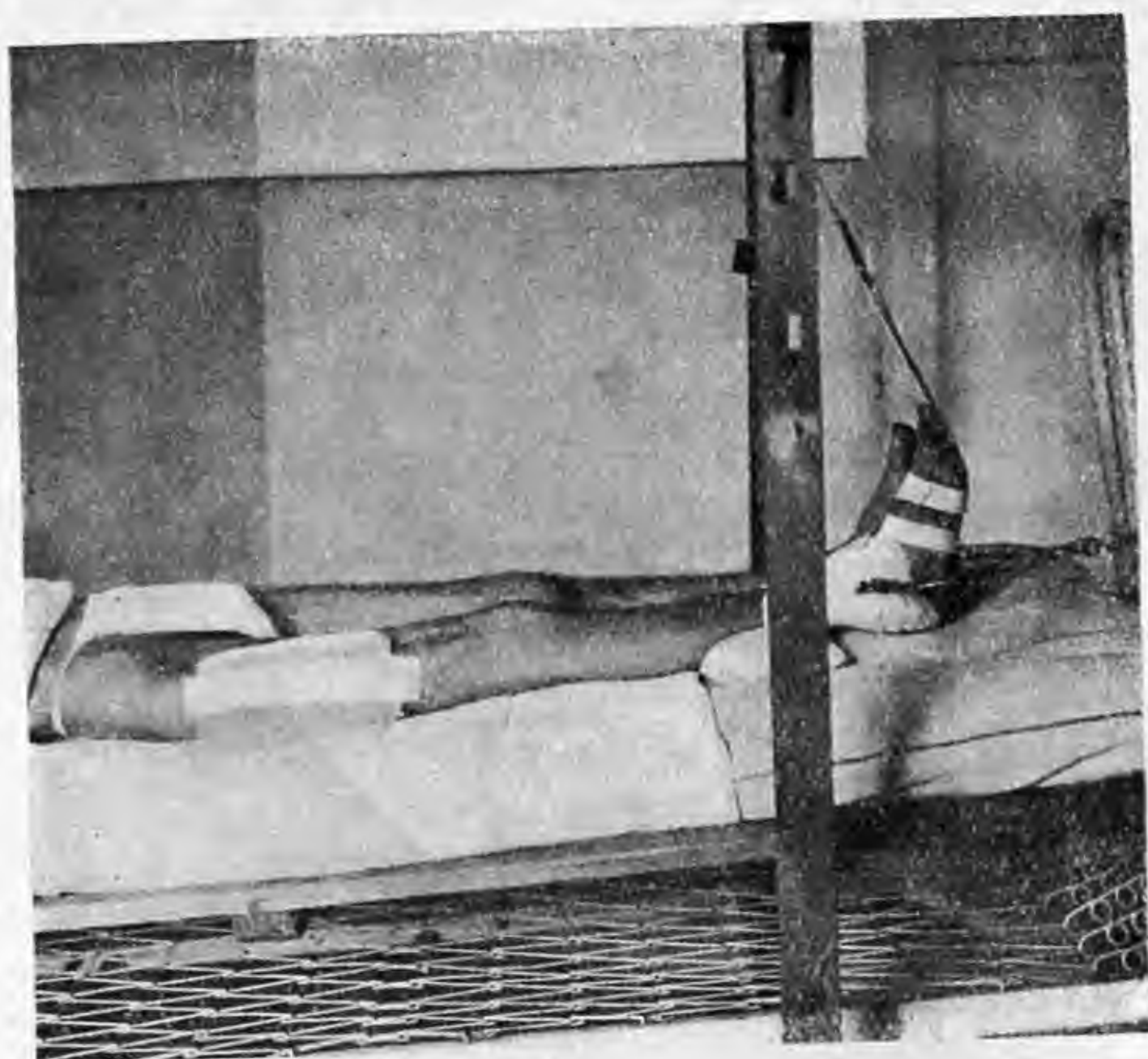
Mobilizzati i monconi, non senza una notevole emorragia, si zaffò stipatamente e si portò il paziente nel letto preparato per la trazione.

Messo il paziente in letto ci si accorse che dalla ferita della coscia veniva sangue in quantità per cui dovemmo ricorrere ad una abbondante trasfusione di sangue.

Dominata l'emorragia si passò all'attacco sul filo della staffa di Putti, per iniziare subito la trazione che infatti iniziammo con 6 chili di peso.

Successivamente, ad ogni ora, si andò aumentando un chilo di peso sì che si giunse gradatamente a 20 chilogrammi.

una staffa di cerotti con presa alla pianta del piede (vedi fotografia 2) una trazione in alto e dorsalmente del piede stesso per evitare l'equinismo e ci accorgemmo poi che questa contribuiva alla

Fotografia 1. — Fotografia del paziente presa prima della riduzione cruenta. Si dimostra l'accorciamento dell'arto e la grave deformità angolare della coscia con un angolo aperto all'interno di 80°. (Per difetto di tecnica, l'angolizzazione della coscia sin. è ben visibile).

tollerabilità del filo perchè, avendo provato a sospenderla, il paziente avvertiva dolore all'arto e specialmente alla regione malleolare.

FOTOGRAFIA 2. — Il paziente dopo l'atto operativo, a 25 giorni di trazione. Si nota il dispositivo per la staffa plantare che impedisce l'equinismo e contribuisce alla tolleranza del filo.

Il perchè credemmo opportuno tenere così a lungo la trazione, si deve cercare nel fatto che, data la grande tollerabilità, aspettammo che la

RADIOGRAMMA 6. — Radiografia presa dopo l'applicazione dell'apparecchio gessato fenestrato, a 60 giorni dalla riduzione cruenta.

ferita fosse in parte rimarginata e che i monconi cominciassero a saldarsi, prima di confezionare un apparecchio gessato, poichè essendo la ferita molto vicina alla radice della coscia ed essendo lunga un 15 centimetri, avremmo dovuto lascia-

RADIOGRAMMA 7. — Radiografia fatta dopo tolto l'apparecchio gessato, in 80ª giornata dall'atto operativo.

re una finestra che certamente avrebbe compromesso la stabilità dell'apparecchio.

Fu così che il 22-V-1933 si confezionò un apparecchio gessato fenestrato con l'arto ancora sotto trazione, dopodichè togliemmo il filo.

L'apparecchio che dal 3° medio della gamba prendeva tutto il bacino, fu tenuto per soli 20 giorni, dopodichè l'arto fu lasciato libero.

Fin dall'inizio della trazione transcheletrica fu istituita una cura endovenosa di calcio insieme a dei preparati di ergosterina irradiata.

RISULTATI. — I risultati si intravedono facilmente dalla documentazione fotografica e radiografica riportata qui sotto.

Durante il periodo di trazione si ricorse frequentemente alla misurazione dell'arto. Queste misure furono prese avendo sempre di mira la lunghezza del segmento femorale prendendo la distanza tra la spina iliaca ant. superiore ed il malleolo interno, e la spina iliaca anteriore superiore e l'epicondilo femorale.

Avanti la trazione transcheletrica e prima dell'atto operatorio il paziente presentava:

Linea spinomalleolare sinistra . . .	centim.	92
» » destra	»	71
» spinoepicondiloidea sinistra .	»	52
» » destra . .	»	31

Avevamo quindi un accorciamento del segmento femorale di centimetri 21 (vedi fotografia 1).

La prima misurazione dopo l'atto operativo fu eseguita in 3ª giornata di trazione e risultò:

Linea spino-malleolare	centim.	77
» » epicondiloidea	»	37

Si erano cioè guadagnati 6 centimetri.

Le altre misurazioni si seguirono in questo modo:

All'8° giorno di trazione:

Linea spino-malleolare	centim.	85
» » epicondiloidea	»	45

Al 12° giorno di trazione:

Linea spino-malleolare	centim.	89
» » epicondiloidea	»	49

Al 18° giorno di trazione la differenza fra le due spino-epicondiloidee era di solo due centimetri e tale rimase nelle successive misurazioni.

Dalla fotografia n. 2 eseguita in 25ª giornata di trazione si vede chiaramente il risultato ottenuto; se specialmente poi si fanno i confronti con la fotografia n. 1 eseguita pochi giorni prima della messa in opera della trazione.

RADIOGRAMMA 8. — Radiografia fatta dopo circa quattro mesi dalla riduzione cruenta.

Ripetiamo che durante tutto il lungo periodo di trazione non abbiamo mai assistito a nessuna lamentela del paziente, dovuta come era da prevedere, sia a disturbi nella sfera nervosa, sia a disturbi circolatori come pure a stiramento dei legamenti articolari o dei gruppi muscolari.

Questi i risultati ottenuti.

Il caso descritto però ci sembra che rivesta una certa importanza e ciò per due motivi principali:

1° per la grande tollerabilità che il filo ha presentato pur essendo sottoposto per un lungo periodo di tempo ad un forte carico;

2° per la quasi totale scomparsa dell'accorciamento in un arto che aveva subito, da tempo, una dislocazione forte dei monconi.

Infatti per tutto il tempo della trazione il paziente non ha mai avvertito nessun dolore, come era invece da prevedersi, sia dal lato nervoso, sia per disturbi dovuti allo stiramento dei gruppi muscolari ed alla tensione dei ligamenti articolari, sia per disturbi di circolo, sia infine per l'azione traumatizzante del filo.

FOTOGRAFIA 3. — Il paziente nei primi giorni che si alzava da letto.

Pensavamo che data la deformazione angolare, dato l'accorciamento e dato anche il periodo di tempo trascorso dallo sviluppo dei fatti settici all'intervento, si fossero anche modificati i rapporti del fascio vascolo-nervoso e che le modificazioni successive dovute alla trazione fossero state causa di disturbi per il paziente. Invece nulla di tutto questo.

Non solo, ma perfetta è stata la tolleranza da parte della regione dove era stato messo il corpo estraneo, tolleranza sia per parte delle parti molli, che per parte dell'osso.

E quando sfilammo il filo non ne rimasero altro che due piccole ferite guarite ben presto.

A questa grande tollerabilità sia per la trazione sia e sopratutto per il filo crediamo abbia contribuito almeno per quello che riguarda la regione dell'articolazione tibio-astragalica, la

FOTOGRAFIA 4

FOTOGRAFIE 3 E 4. — Il paziente in piedi a 5 mesi dalla riduzione cruenta.

trazione dorsale del piede mediante la staffa plantare che noi mettemmo per evitare l'equinismo. In verità questa impediva che il piede si portasse in basso, evitando con ciò delle deformazioni delle parti molli attorno al filo, e degli stiramenti sopra l'apparato legamentoso. Non ci sentiamo autorizzati a dire che ciò possa essere sufficiente a spiegare la tollerabilità di un filo trascheletrico ma però dobbiamo far notare che, più volte, quando la staffa lasciava, perchè i cerotti non tenevano più e dovevano essere rinnovati, il paziente si lamentava subito di un dolore nella regione intermalleolare che cessava una volta rimesso il piede nella posizione di prima.

Per quello che riguarda il secondo punto e cioè la riduzione ottenuta non dobbiamo altro che riandare col pensiero al nostro Codivilla che per primo ideò e mise in opera la trazione diretta sullo scheletro poichè il caso che abbiamo riferito ci sembra uno dei più belli esempi di quello che può dare questa trazione.

Un'altra cosa che dovemmo studiare prima di intervenire fu quella di decidere dove sarebbe meglio convenuto mettere il filo. Seguendo una regola generale ci sembrava più logico e più sicuro per un buon risultato fare la trazione direttamente sui segmenti ossei dislocati.

Nel nostro caso quindi dovevamo mettere il filo nella metafisi femorale inferiore. Ma scartammo subito questa regione perchè troppo vicina al focolaio di infezione, dato che una delle contro-aperture che eravamo stati costretti a praticare arrivava sulla sua estremità inferiore al condilo interno e non volevamo perciò andare incontro ad un'eventuale infezione del canale osseo. Si pensò anche ad infiggere il filo nella metafisi superiore della tibia perchè la trazione potesse essere fatta sempre più vicino ai monconi e dato che per la fissità del ginocchio non potevamo usufruire dell'atteggiamento acamatico. Ma anche qui, come nel femore, la trazione, sempre per la fissità del ginocchio avrebbe richiesto un sistema molto più complicato poichè non avremmo potuto usufruire della staffa di Putti altro che per la tensione del filo e non per la trazione, che altrimenti non sarebbe venuta secondo l'asse. Sarebbero perciò state necessarie due trazioni laterali che scendendo lungo le faccie laterali e mediali della gamba si fossero riunite poi in una sola al disotto della pianta del piede.

Per tutte queste ragioni decidemmo di fare la trazione in sede intermalleolare, lontano dal focolaio di infezione e che richiese una tecnica molto semplice (vedi fotografia n. 2).

*
* *

Ci si potrebbe muovere l'obiezione al riguardo della trazione al cerotto che levammo quando il paziente si trovava in preda al processo di infezione, adducendo che se l'avessimo mantenuta non avremmo avuto una così grave dislocazione dei frammenti. Bisogna però pensare che il paziente ebbe bisogno di varie aper-

ture, sia sulla faccia mediale, sia sulla faccia laterale della coscia proprio cioè dove facevano presa i cerotti. D'altra parte nello stato generale così grave che il paziente presentava in quel tempo anche la stessa trazione contribuiva ad aumentare lo stato di agitazione del paziente. Avremmo potuto mettere una semplice trazione alla sola gamba ma non lo ritenemmo opportuno per lo scarso effetto che avrebbe dato poichè è noto che la trazione con striscie di cerotto adesivo perchè agisca su ambedue i frammenti, deve espletarsi sopra tutto l'arto e quindi non solo sul segmento prossimale ma anche sopra quello distale. Nello stato settico nel quale si trovò il paziente e per il quale si pensò anche ad una eventuale amputazione dell'arto, ci interessarono sopratutto le condizioni generali, riservandoci in secondo tempo il trattamento appropriato dell'arto una volta debellato il pericolo della sepsi. E così infatti facemmo.

*
* *

È da domandarsi ora quale sarà il risultato definitivo, specialmente nei riguardi della capacità lavorativa.

Abbiamo visto che l'accorciamento dell'arto è di 2 cm. Ora un accorciamento di questo grado non può determinare un disturbo grave e tanto meno una riduzione della attitudine al lavoro. L'inclinazione infatti in basso omolaterale del bacino e la conseguente scoliosi compensatoria provocano un abbassamento della pianta del piede per cui anche senza una più alta suola delle scarpe e perciò anche a piedi nudi (vedi fotografia n. 3) la claudicazione può essere inapprezzabile. Questo per quello che riguarda l'accorciamento.

Nel caso nostro però, come abbiamo visto, non si tratta di una semplice frattura ma si tratta di una frattura complicata ad un grave processo osteomielitico del quale tutti sappiamo la lunga durata e le noiose conseguenze. Non solo, ma in questo caso esiste anche una anchilosi della articolazione del ginocchio, dovuta alla lunga immobilità dell'arto, immobilità che, dato il tempo trascorso potrà essere suscettibile di miglioramento con opportune cure chinesiterapiche ma che certamente non darà una completa *restitutio ad integrum*.

*
* *

Questi due fatti, postumi osteomielitici e anchilosi del ginocchio, contribuiranno certamente alla diminuzione della capacità lavorativa del paziente, ma ciò non potrà infirmare naturalmente il metodo di cura adottato, essendo queste due complicazioni dovute al caso speciale che siamo andati studiando.

RIASSUNTO.

Sopra lo studio di una frattura della diafisi femorale destra, nella quale, per gravi complicazioni osteomielitiche sopravvenute all'inizio del trattamento, si ebbe una grave dislocazione dei monconi, viene dimostrata l'azione che può avere la trazione col filo e viene messa in evidenza la sua grande tollerabilità.

BIBLIOGRAFIA.

DELLA MANO. *Il trattamento delle fratture di gamba con nuovi metodi.* La Chirurgia degli Organi di Movimento, vol. XVII, f. 5, 1932.
KLAPP e BLOCK, *Knochenbruchbehandlung mit Drahtzügen.* Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1930.
PUTTI. *Trazione col filo.* La Chirurgia degli Organi di Movimento, vol. XVI, f. 4, 1931.
ID. *Perfezionamenti nella tecnica nella trazione col filo.* Ibid., vol. XVII, f. 4, 1932.

IGIENE.

I portatori del bacillo di Eberth nelle endemie tifiche.

Considerazioni del dott. GIOVANNI PERARDI
Ufficiale Sanitario (Cuorgnè - Aosta)

Esistono determinate epoche e località nelle nostre campagne in cui il tifo è endemico. Infatti nella mia pratica professionale ho avuto modo di notare il verificarsi abbastanza frequente di casi di ileotifo (dato il numero esiguo degli abitanti) in un piccolo gruppo di case di una frazione di Cuorgnè. Il periodo al quale si riferiscono le mie osservazioni va dal 1925 al 1930.

Tale gruppo di case è situato in una piccola pianura sulla sponda destra del fiume Orco, non ha acqua potabile e si serve per gli usi domestici di pozzi, di fontane e qualche volta anche dell'acqua del fiume e di una roggia che vi scorre accanto. Per di più esiste anche là il mal vezzo di molti luoghi di campagna di tenere il letame vicino alle case, nei cortili e nelle vicinanze dei pozzi.

Dato il ripetersi frequente, come ho detto, di casi di ileotifo nel periodo 1925-1930, sarebbe stato ovvio pensare che tali casi fossero dovuti alle cattive condizioni igieniche della località e sopratutto alla pessima qualità di

acqua di cui gli abitanti si servivano A tale ipotesi però contrastava il fatto che i casi di ileotifo avrebbero dovuto estendersi anche alle altre frazioni disseminate lungo la sponda del fiume, frazioni che si trovavano nelle medesime condizioni igieniche e si servivano anche esse per gli usi domestici dell'acqua del fiume e della roggia.

Invece i casi di ileotifo erano nettamente localizzati nella frazione sopradescritta. Pensai allora che il ripetersi dei casi della malattia fosse dovuto alla presenza, in mezzo agli abitanti, di qualche portatore del bacillo di Eberth e in tale senso indirizzai le mie ricerche. Scelsi quindi fra gli abitanti quattro soggetti che in periodi differenti erano stati da me curati per ileotifo (sierodiagnosi positiva) e precisamente:

G. L., malata nel giugno 1925;
G. M., malata nel novembre 1928;
G. R., malata nel dicembre 1929;
G. T., malata nel maggio 1930.

Dei quattro soggetti prelevai, per entrambi, un campione di feci e di orine e li inviai per le indagini batteriologiche ad un Istituto di ricerche a Torino.

Tanto nelle orine come nelle feci delle prime due pazienti, e cioè G. L. e G. M., si sviluppò il bacillo di Eberth in cultura quasi pura. Così pure in tutti e quattro i campioni di G. R. e di G. T. si trovarono i bacilli di Eberth. Nelle feci erano presenti insieme al bacterium coli. Nelle orine il b. coli si trovava, ma erano presenti numerosi germi saprofiti.

Come si vede dal risultato delle analisi, tanto nelle orine come nelle feci dei quattro soggetti furono trovati i bacilli di Eberth. Notevole il fatto che erano presenti nei campioni di feci e di orine in un soggetto che aveva sofferto di tifo da cinque anni.

Con queste ricerche potei dunque stabilire l'esistenza in quella piccola frazione di Cuorgnè di quattro portatori del bacillo di Eberth ai quali era naturale riferire i numerosi casi di malattia sviluppatasi nel periodo di cinque anni.

Data infatti l'esistenza di tali soggetti, è facile comprendere come essi potessero diffondere la malattia. Se si pensa invero alle cattive abitudini esistenti nelle nostre campagne, dove molto spesso mancano le latrine e gli escrementi, specialmente le orine vengono depositate ovunque e specie sopra i letamai: se si pensa che il letame è spesso in vicinanza dei pozzi e può quindi dar luogo ad infiltrazioni e ad inquinamenti dell'acqua di questi pozzi; che il letame serve alla concimazione dei prati, delle verdure e quindi distribuisce abbondantemente su queste i germi delle malattie; che questi portatori di bacilli toccano le più svariate sostanze destinate alla alimentazione ed in specie sono talvolta addetti alla mungitura delle mucche; se si pensa insomma agli infiniti modi con cui i portatori del bacillo del tifo possono diffondere il germe, si comprende facilmente come sia possibile il verificarsi delle piccole epidemie della malattia come quella che ho sopra ricordato.

Da ciò il dovere di ogni Medico, in specie degli Ufficiali Sanitari, di fronte al verificarsi di tali epidemie, di ricercare accuratamente se fra gli abitanti di una stessa località vi siano portatori del bacillo e la necessità, una volta stabilita la loro esistenza, di prendere tutti quei provvedimenti necessari per evitare il maggiore diffondersi della malattia: quindi isolamento, per quanto possibile, dei soggetti; ma sopratutto proibizione assoluta a questi della mungitura e dei lavori in genere che possono infettare le sostanze destinate all'alimentazione.

Dato che il veicolo del b. Eberth sono le feci e le orine di questi soggetti, è necessario che esse siano depositate in apposite latrine lungi dall'abitato. È utile somministrare a questi soggetti dell'urotropina che, come si sa, è ottimo disinfettante delle vie orinarie.

Questo per quanto riguarda i provvedimenti da adottare in confronto dei portatori di bacilli. Per il resto occorre mettere in opera tutte quelle misure che si consigliano nei casi di epidemie di tifo: vaccinoprofilassi, bollitura accurata delle verdure e del latte, rimozione e disinfezione dei letamai, disinfezione degli ambienti abitati dai portatori di bacilli, ecc. ecc.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di endemìa tifica causata da quattro persone che in epoche differenti erano state ammalate di ileotifo. In questi quattro soggetti (uno dei quali era stato ammalato cinque anni prima) egli trovò il bacillo di Eberth presente nelle feci e nelle orine.

Necessita quindi eseguire sempre tali ricerche nei casi di epidemia tifica onde poter isolare i portatori del bacillo e prendere i provvedimenti che la comune pratica insegna.

RIVISTE GENERALI.

Linfatismo e costituzione.

Dott. M. ZINGALE, specialista dermatologo.

Il linfatico puro, seguendo l'indirizzo morfologico-clinico, è un ipoevoluto, lo *stato linfatico* essendo caratterizzato dai seguenti fatti che riassumiamo.

Iperplasia rilevante, congenita, persistente, di tutto il tessuto linfoide, e quindi delle ghiandole linfatiche, dei follicoli della milza, mucosa linguale e faringea (anello linfatico del Waldeyer), enterica (follicoli agminati, placche del Peyer), ecc., a cui fa riscontro una debole capacità funzionale difensiva. Organi tutti abnormemente ricchi di elementi del tessuto linfatico diffusi nel loro connettivo di sostegno più o meno indifferenziato (reticolo istiocitario): netta prevalenza dello stroma complessivo (derivato mesenchimale) sui parenchimi: anomalia costituzionale sistematica, dunque. Linfa eccedente di fronte al sangue, donde pletora linfatica ed oligoemia. Eccedente sviluppo del cuore venoso nel confronto dell'arterioso; tendenza alle stasi linfatiche, alle congestioni, alle essudazioni. Predominio del parasimpatico, ipoplasia del tessuto cromaffine, ipofunzione tiroidea, ecc. Torpidità del metabolismo e della psiche. Cronica autotossiemia. Accumulo, nei tessuti e negli organi, di prodotti di rifiuto, donde iponutrizione dei parenchimi (già costituzionalmente ipoplasici) e loro tendenza all'involuzione e alla senescenza precoce; d'altra parte stimolo indotto sugli irritabili elementi connettivali degli stromi e loro tendenza all'iperplasia, all'atrofia fibrosa o sclerosa. Cute succulenta, pastosa, fragile, permeabile, donde tendenza ai turgori infiammatori cronici; vulnerabilità e facilità per le infezioni, compresi i processi tubercolari, come *scrofola*, tubercolosi polmonare alla quale però la contemporanea tendenza fibroplastica imprimerebbe uno speciale decorso favorevole (Fici). Costituzione tipica brevilinea, megalosplancnica; essa ricorda quella infantile, per le proporzioni corporee, per il prevalere della vita vegetativa sulla vita di relazione, dei processi anabolici sui catabolici, per la costituzione stessa degli organi nel rapporto fra stroma e parenchima, per la ricchezza del tessuto linfatico.

Il linfatismo sta, direi, al *carrefour* delle diatesi di cui non è possibile segnare i precisi confini: diatesi linfatica, connettivale, fibroplastica, congestiva, idrofila, essudativa, allergica (colloidoclasica, anafilattica), artritica (bradi-trofica), vagotonica, eosinofilica.

Questo è, a grandi linee, il quadro del *linfatismo*, stato costituzionale poliedrico. E poichè tanto nella filogenesi, quanto nell'ontogenesi, l'apparato simpatico è di una formazione più recente che quello vagale, s'intende come un alto grado di persistente indifferenziazione di esso (che è il più facile ad aberrare) crei uno stato di profonda disarmonia per prevalenza del regime vagale, come succede appunto nel linfatico, ed esprima una vera e propria ipoevoluzione morfologica del soggetto, oltre al fatto che l'eccessivo sviluppo del tessuto linfatico è per se stesso carattere di minore evoluzione filo- ed ontogeneticamente.

Dal punto di vista clinico, il linfatico si presenta come un soggetto oligoemico, pastoso, flaccido, pallido clorotico, torpido, apatico (bradipragico, bradipsichico) con un aspetto particolare del viso (naso, labbro superiore e orecchie alquanto tumide), cute screpolabile; presenta facili congiuntiviti, blefariti, otiti, riniti, vegetazioni adenoidi naso-faringee, ingorghi delle tonsille e delle ghiandole linfatiche specialmente cervicali: segni tutti che depongono per una diminuita resistenza dell'organismo alle cause morbose in genere, nonostante un apparente stato di floridezza.

Ma accanto a questi soggetti ne esiste (fatto rilevato già dai vecchi medici) un ragguardevole numero di altri i quali, più che tutto, presentano una tendenza spiccata a frequenti, transitorie reazioni iperplastiche degli organi linfatici (con o senza episodi febbrili), non sicuramente collegabili a processi infettivi subdoli (sia locali sia generali), e quindi di natura indeterminata.

Trattandosi di un disturbo a carico del sistema linfatico potè apparire opportuno collocare questi soggetti accanto ai linfatici conclamati, ma non sfuggì già il fatto che non vi potevano essere perfettamente identificati considerando senz'altro il particolare tipo clinico come semplice attenuazione di quello stato linfatico per il quale nei linfatici veri depone un maggior complesso di fatti univoci e non contrastanti.

Perchè, cosa accomuna i due gruppi di soggetti? essenzialmente questa semplice suscettibilità del tessuto linfatico. Che cosa ne li divide clinicamente? tutto il resto, dall'atteggiamento del ricambio all'abito corporeo, al temperamento infine, con la somma dei suoi attributi somatici e psichici. Si definirono perciò i primi *linfatici torpidi*, e questi altri *linfatici eretistici*. Allorquando potè meglio specificarsi l'essenza dell'artritismo in rapporto alle turbe del normale ricambio, e quindi stabilirne i punti di contatto col linfatismo, i linfatici si dissero *artritici* (eredo-artritici, neuro-artritici).

Quello che risalta subito dunque nella considerazione dei due distinti gruppi di soggetti a note linfatiche, è la differente caratteristica costituzionale.

Seguendo l'indirizzo clinico costituzionalistico, e considerando che (si tratti di stato linfatico o no) è sopratutto durante l'infanzia che il sistema linfatico ci offre le sue più frequenti alterazioni, vediamo allora quali possano es-

sere i rapporti fra le manifestazioni linfatiche in senso lato ed il regime neuro-vegetativo-endocrino, riferendoci alle singole combinazioni morfologiche che vanno pur delineandosi nella tappa prepubere; poichè son proprio le eccedenze o i difetti tanto dei diversi tessuti (organi o gruppi di organi) quanto del sistema neuro-vegetativo che ad essi presiede, quelli che (con la risultante morfologico-funzionale delle correlazioni tra le varie parti) definiscono il *biotipo;* eccedenze e difetti che essi traggono pertanto da anomalie dei foglietti germinativi dai quali rispettivamente derivano.

Schematicamente: in un *primo* gruppo di casi si avrà *deciso* orientamento verso la prima combinazione di De Giovanni. Questi soggetti, magri, microsplancnici, simpaticostenici, iperevoluti *puri*, non sono linfatici. Anzi in essi lo sviluppo del sistema linfatico è scarso. In un *secondo* gruppo si avrà orientamento verso la seconda combinazione morfologica: normotipi, o, quanto meno, paracentrali superiori, paracentrali inferiori. Questi soggetti non presenteranno note di linfatismo: in essi si realizzerà un equilibrio armonico (o quasi armonico) tra gli apparati del regime vegetativo. In un *terzo* gruppo si avrà *deciso* orientamento verso la terza combinazione di De Giovanni. Questi, vagostenici per eccellenza, saranno spesso soggetti linfatici costituzionali; ma non lo saranno tutti!

Resta così a spiegarsi l'origine di tutti quegli altri casi nei quali non è riconoscibile uno *stato linfatico* vero e proprio, che risponda, come dev'essere, alle caratteristiche per esso esattamente individuate e che ne attestano lo stato schiettamente *ipoevolutivo*, secondo la definizione esatta datane dal De Giovanni, stato *degenerativo* secondo Bauer, *despeciativo* (Appert); per cui mi sembra che linfatico possa esser definito soltanto chi, con quel dato atteggiamento funzionale e morfologico del suo organismo, denoti un'anomalia sistematica di tutti quanti i suoi organi linfatici, sia pure con una maggiore o minore accentuazione (es.: linfatico, timico, timico-linfatico).

Naturalmente non si esclude che anche gli eretistici possano presentare determinati ipoevolutismi *parziali* (es.: dell'apparato digerente, del sistema epato-splenico, ecc.), ma se si considera che non vi è *ectipo* il quale non presenti particolari meiopragie congenite di questo o quell'organo, il che è quanto dire anomalie costituzionali per ipoevolutismi, non v'ha dubbio che un'inclusione di tutti questi casi nel gruppo dei linfatici veri porterebbe il linfatismo ad estendere i suoi confini oltre misura. Non si può quindi parlare di linfatismo *attenuato*, congiunto ad aberrazioni diverse e prevalenti tanto da conferire all'individuo un differente *habitus*.

Bisogna allora ammettere, io penso, l'esistenza di un *quarto* gruppo di soggetti, forse il più numeroso, in cui, prima di raggiungere l'orientamento definitivo, l'organismo attraversa un periodo più o meno prolungato di labilità o debolezza irritabile vegetativa, con alti e bassi di eretismo nervoso, *a crisi*, di uno dei due settori neuro-ormonici, e più propriamente del simpatico, perchè è sempre il simpatico il più facile ad aberrare per la sua origine più recente. In questo caso esso non è insufficiente come nel linfatico puro, ma sarebbe semplicemente *disfunzionante*, per un più elevato grado cioè di sviluppo ed organizzazione, senza pur tuttavia raggiungere quell'ideale maturità ed equilibrio che porterebbe al normotipo, nè l'ipertonia dominante che porterebbe al microsplancnico iperstenico. A rigore, per le ragioni d'ordine filogenetico e, di riflesso, ontogenetico, per cui il bambino è dapprima sempre *fisiologicamente* ipoevoluto, vagotonico, mentre i derivati ectodermali (simpatico, anello endocrino corrispondente) raggiungono la loro piena maturità solo nell'epoca pubere, non sarebbe illogico vedere un certo grado di transitoria disfunzione simpatica precedere, normalmente, l'attenuarsi del fisiologico vagotonismo e quindi l'iperfunzione ortosimpatica che andrà a caratterizzare il microsplancnico puro, il che può anche darsi. Ma bisogna tener conto degli specifici fattori ereditari (disarmonie evolutive, precoci o tardive, fra i foglietti blastodermici o loro parti), quelli stessi che portano, come si è visto, ad accentuazione dell'ipoevolutismo iniziale, al substrato morfologico e funzionale dei vari *sottotipi* del Pende, e che possono anche portare in primo tempo ad una più accentuata disfunzione degli apparati della vita vegetativa.

Si tratta difatti, nel caso considerato, di soggetti i quali presentano, per lo più, evidenti segni di ipertiroidismo o di iperpituitarismo, ma più specialmente di distiroidismo o dispituitarismo, o dell'uno e dell'altro insieme: qualunque sia la formula poliendocrinica nei singoli casi, restiamo nel campo dell'apparato regolatore del simpatico come dominante endocrinica, ciò che spiega l'eretismo di questi soggetti, l'esagerata attività del loro ricambio materiale (fatto notato dai vecchi medici), ed infine lo stato iperstenico prevalente, iperevoluto, e non già ipoevoluto come è nel vero linfatico; ciò che si traduce clinicamente nello stato di magrezza, di labilità del peso corporeo, emotività, tachipsichismo, umore talora variabile, instabilità vasomotoria, ecc.

Quando tuttavia la maturità evolutiva possibile sarà completa, e fosse decisa la definitiva preminenza di uno tra i due settori dell'apparato vegetativo (per l'impossibilità a raggiungersi comunque una perfetta armonia), possono derivare in secondo tempo tanto soggetti della prima combinazione quanto soggetti della terza combinazione, ma forse ancora più frequentemente tipi *impuri*, e *misti* o *ibridi*: per es.: megalosplancnici *iperstenici* (ipersurrenalici-ipergenitalici) di Pende, con

note iperevolutive innestate su di uno stile corporeo generale megalosplancnico, *astenici* di Stiller con note ipoevolutive innestate su di uno stile corporeo microsplancnico, o l'artritico longilineo magro di Pende (distiroideo, dispituitarico, ipoepatico costituzionale), ecc.

Forse, oltre alla funzione linfocitogena che fa il tessuto linfatico sede di vivaci processi proliferativi anche in condizioni fisiologiche, sopratutto nella prima età, merita sia presa in seria considerazione la sua attività ormonica. Si conoscono le proprietà della linfoganglina, antagonista perfetta dell'adrenalina (Marfori): non v'è dunque ragione che si debba negare al tessuto linfoglandolare una funzione ormonica esplicita, e per conseguenza dignità di componente attiva nel sistema neuro-endocrinico. Come tessuto ad azione di stimolo sul vago il suo posto sarebbe (col timo, e probabilmente, con la tonsilla e con la milza) nella costellazione *eccito-anabolica* di Pende.

La sua iperplasia accessuale sarebbe allora indice di uno stato vagoestesico che esso concorrerebbe ad alimentare con una sua propria attività; espressione per ciò di reazioni ormoniche consensuali, dominate dal vago. Se la concezione è giusta, l'endocrinopatologia dovrebbe pur offrirci qualche esempio. Difatti, in casi di Flaiani-Basedow si osserva spesso ipertrofia delle ghiandole linfatiche del collo e di altre regioni, del timo, delle tonsille, della milza, e quindi sintomi di vagotonia (Pende); così pure nell'acromegalia si nota iperplasia delle linfoghiandole, della milza, del timo, dei follicoli linfatici intestinali; lo stesso nel classico Addison primitivo (Pende). Ora, questi fatti possono, credo, spiegarsi solo ammettendo una reazione compensativa antagonistica, e, nell'ultimo caso, consensuale, del sistema linfatico, in dipendenza della sua funzione ormonica, maggiore o minore a seconda del particolare bilancio complessivo neuro-endocrinico dei singoli soggetti.

Analogamente, uno stato che direi di *dislinfatismo* o *linfo-labilità* farebbe chiaro riscontro alla distonia neuro-vegetativa o neuro-labilità.

I pseudo-linfatici, eretistici, neuro-artritici del quarto gruppo, sarebbero in definitiva dei *dislinfatici* o linfatico-labili, distonici neurovegetativi, in opposizione agli *iperlinfatici*, vagotonici costituzionali, linfatici veri. Essi andrebbero pertanto incontro a crisi subacute o acute di dislinfatismo (diciamo: crisi *neurolinfatiche*).

Nel quadro tracciato da Comby sulle manifestazioni di quello che egli chiama *artritismo infantile*, il quale altro non è, come si è rilevato, che lo stato linfatico costituzionale col suo massimo esponente, la diatesi essudativa, sta un complesso di fatti nel quale è forse possibile sceverare alcuni segni propri a ciascuno dei due distinti gruppi di soggetti considerati: iperlinfatici e dislinfatici.

I linfatici torpidi, ipervegetativi del terzo gruppo, presentano facili raffreddori, rino-faringiti, amigdaliti, adenoiditi, adenopatie secondarie, turgore e ispessimento delle regioni a cute delicata, come labbra, pinne nasali, padiglioni degli orecchi, estremità delle dita, bordi palpebrali; ghiandole linfatiche permanentemente ingrossate e palpabili in tutte le sedi, ma sopratutto nelle regioni latero-cervicali, angolo-mascellari e inguino-crurali. Le femmine presentano anche facili vulviti, vaginiti torpide iperplastiche granulose, leucorree. Sono soggetti predisposti alla diatesi essudativa, con facili fenomeni congestizi, catarrali, essudativi; agli eczemi cronici, ostinati, recidivanti, alle eruzioni impetiginoidi, ai geloni, alle seborree, all'acne; candidati all'obesità flaccida, alla colite mucosa, alle litiasi, alla gotta, al diabete, al reumatismo cronico, all'arteriosclerosi, arteriolosclerosi dell'età adulta.

I dislinfatici neurolabili del quarto gruppo sono bambini a cute sottile, delicata, occhi grandi, sclere lucenti, azzurrognole, soggetti a facili rossori per cause emotive, a sudori delle estremità, a facili dispepsie, imbarazzi gastrici, edemi angionevrotici, orticaria, pruriti, prurigo, febbri effimere, febbri digestive, febbre artritica di Comby, megalosplenie, albuminurie senza nefrite, acetonurie.

Io non sarei alieno dal considerare la *febbre ghiandolare di Pfeiffer*, la cui natura non è ancora ben chiara, quale tipica crisi febbrile acuta di *dislinfatismo*. Si sviluppa nell'infanzia, si presenta con angina (che può mancare), con tumefazioni sensibili glandolari latero-cervicali, sottomascellari; crisi pseudo-appendicolari (appendice = tonsilla addominale), talora dolenzia periombelicale (glandole mesenteriche?), tumefazione di milza che può anche prevalere. La sua formula ematologica presenta linfocitosi, monocitosi, eosinofilia: è la formula dello stato vagotonico. La febbre, che può raggiungere alti gradi, non è essa stessa tipica espressione della sindrome neuro-vegetativa? (Rondoni). Non si accompagna a disturbi primitivi del tubo digerente. Si risolve in breve tempo senza lasciare traccia, ma è recidivante e la sua recidività è costante, caratteristica.

Altro disturbo presentato da questi soggetti è l'acetonuria, di cui il *vomito acetonemico, periodico, ciclico*, potrebbe, a mio avviso, rappresentare altra forma parossistica acuta d'origine *neuro-endocrina*. Non ne è ancora chiara la patogenesi: infezioni del rino-faringe, appendicite cronica, gastro-enteroptosi, aerocolìa acuta, turba del ricambio proteico, ipoglicemia, e infine stenosi croniche del duodeno, sono stati di volta in volta invocati. Alla più recente ipotesi della stenosi duodenale che avrebbe guadagnato suffragi basati anche su indagini radioscopiche, oppone Marfan l'argomento della sparizione spontanea, definitiva del vomito ciclico all'epoca della pubertà.

Il fegato è sede della produzione praticamente più importante dei corpi chetonici, e non

v'ha dubbio; è sotto l'impulso del simpatico (adrenalina, tiroxina, ormoni ipofisari) che il fegato si scarica del suo glicogene (per accelerata glicogenolisi) e della conseguente sovraproduzione degli acidi acetonici, e non è dubbio. Un parossismo primitivo simpaticostenico (scarica ormonica; iperadrenalismo acuto transitorio) potrebbe dunque spiegare il disturbo. L'insorgenza rapida in periodo di perfetto benessere, la rapida scomparsa, la recidività costante e non regolare, il caratteristico rapido dimagramento seguìto da ripristino altrettanto sollecito dello stato di salute, starebbero ad esprimere una brusca oscillazione, in soggetti in cui non mancano davvero segni di una irregolare attività vegetativa. « Essi appartengono quasi sempre a famiglie di artritici » (Marfan).

Un'acuta distonia neuro-vegetativa, e più precisamente simpaticostenica, di cui il vomito sarebbe episodio iperestesico reattivo (Leven ha notato quasi costantemente scialorrea) dovrebbe dunque, a mio giudizio, rappresentare il momento patogenetico del vomito ciclico.

Si capisce come sottoponendo sperimentalmente dei bambini a dieta priva di carboidrati (L. Salomonsen, 1931) non si riesca a riprodurre il quadro: occorrerebbe poter riprodurre lo speciale momento distonico che lo condiziona. Ma a riprova della mia ipotesi si potrebbe verificare lo stato della pressione arteriosa alle prime avvisaglie (l'alito acetonico precede sempre il vomito), l'adrenalinemia, ecc. E non potrebbe lo sforzo reattivo del vago, che ha nel vomito un così chiaro segno, spiegare una crisi insulino-incretiva contemporanea?

Questi stessi soggetti del quarto gruppo, instabili a tono piuttosto elevato ma labile, col più alto grado di distonia vago-simpatica, e quindi i più predisposti alla diatesi colloidoclasica, allergica, per una corrispondente alta instabilità nell'equilibrio dei colloidi plasmatici, presentano spessissimo (e ritengo molto più dei primi) l'orticaria.

Concludendo, le manifestazioni linfatiche nei due gruppi di soggetti, *torpidi ed eretistici*, avrebbero, a mio avviso, una significazione alquanto diversa, e ciò in perfetto accordo con la disparità del regime dominante neuro-endocrinico nei due casi, e, conseguentemente, con la diversità dell'abito costituzionale. Ragione per cui ritengo sia necessario distinguere, separandolo, dal linfatismo vero costituzionale (*status lymphaticus*) il fin qui detto linfatismo eretistico.

Ciò non mi appare meno opportuno di quanto lo sia stato il distinguere la scrofolosi (tubercolosi cronica delle ghiandole linfatiche) dal linfatismo.

RIASSUNTO.

L'A. discute sull'essenza e sulla clinica dello *stato linfatico*. Esamina i vari atteggiamenti del sistema linfatico in rapporto all'abito costituzionale nei diversi soggetti, che schematicamente distingue in quattro gruppi.

Il primo gruppo comprende individui tendenti decisamente alla prima combinazione del De Giovanni. Questi non sono linfatici.

Il secondo gruppo comprende individui tendenti alla seconda combinazione. Non risultano linfatici.

Il terzo gruppo comprende individui tendenti alla terza combinazione. Sono spesso linfatici.

Ma l'A. ammette e richiama all'esistenza di un quarto gruppo di soggetti nei quali l'organismo, prima di decidersi a prendere le direttive della prima o della terza combinazione, passa attraverso un prolungato periodo (che va fino all'epoca pubere, od oltre) in cui sistema vagale e sistema simpatico della vita vegetativa, anabolico e catabolico, si contendono, per modo di dire, il definitivo predominio, determinando uno stato di instabilità a crisi, di distonia alla quale partecipa attivamente, e probabilmente per la sua proprietà di organo endocrino, il sistema linfatico, che di essa distonia segue sorti e fasi.

Anche questi soggetti presentano manifestazioni linfatiche, ma con caratteristiche e con una patologia alquanto diversa che quelli del terzo gruppo, per una differente spinta evolutiva e costituzione neuro-endocrinica: linfatici costituzionali, piuttosto grassi, flaccidi, pallidi, torpidi, *iperlinfatici*, vagotonici, ipoevoluti questi ultimi (terzo gruppo); *dislinfatici* (linfatico-labili), distonici neuro-vegetativi senza stimmate di ipo-evolutismo, per alcuni riguardi anzi iperevoluti, quelli del quarto gruppo.

Tali caratteristiche corrispondono alla fisionomia del così detto *linfatismo eretistico*, che l'A. ritiene perciò doversi nettamente distinguere, per un significato del tutto diverso, dal linfatismo propriamente detto.

Firenze, 14 settembre 1933, a. XI

BIBLIOGRAFIA.

P. CASTELLINO. *Gli stati linfatici e timico-linfatici nei loro rapporti con l'asma*. Lezione, 1928.

ID. *Nevrosi e neuropatie vegetative*. Rassegna Clinico-Scientifica, 15 giugno 1933.

ID. *Disturbi neuro-vegetativi e disestesie vago-simpatiche*. Ibid., 15 agosto 1933.

ID. *La vagotonia*. Le Forze Sanitarie, 10 giugno 1933.

PENDE. *Le debolezze di costituzione*, 1922.

ID. *Endocrinologia*. Vallardi, ed.

S. CALABRESE. *Sullo stato costituzionale linfatico*. Policlinico, Sez. Prat., 1933, n. 7.

M. BUFANO e DE CANDIA. *Sindromi metaboliche*. Ed. Bisleri, 1933.

MARFAN. *Sui vomiti periodici con acetonemia*. Presse Méd., 14 giugno 1930.

LAMBLING. *Précis de Biochimie*. Masson et C., 1921.

A. PIRERA. *Sull'attuale indirizzo di studio della Medicina Interna*. Rinasc. Med., 1933, n. 1.

M. LABBÉ e F. NEPVEUX. *Acidose et alcalose*. Masson, éd., 1928.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Vertigo epidemica.

(S. WATEFF. *Deutsche Med. Woch.*, 2 febbraio 1934).

La forma morbosa descritta dall'A., ha fatto la sua comparsa in Bulgaria seguendo, in ordine di tempo, le varie epidemie che in questa regione si sono verificate nel periodo post-bellico e cioè la grippe o spagnola, la poliomielite anteriore acuta, l'encefalite letargica e infine il singhiozzo epidemico.

La malattia si manifesta con una particolare alterazione della coscienza accompagnantesi ad un corteo di sintomi che la rendono caratteristica. L'A. ha avuto occasione di osservarne 146 casi, fra cui 6 medici, ciò che ha permesso di studiare bene la sintomatologia anche dal punto di vista soggettivo, oltre che obiettivo. Una di queste osservazioni è veramente caratteristica e merita di essere riportata.

Un medico di 65 anni, senza cause apparenti, cominciò nel febbraio 1930 ad avvertire senso di vertigine negli spostamenti un po' bruschi del capo, come quando, per es., si abbassava per ascoltare un malato.

Il senso di vertigine si accompagnava a sensazione penosa allo stomaco, e all'inizio della malattia, si ebbe per due volte vomito mattutino. Il sonno era normale.

Nella posizione giaciuta si aveva sensazione di pressione all'aia cardiaca, talvolta palpitazioni. Una aritmia, preesistente dal 1928, si era fatta più frequente.

La pressione sanguigna, un po' alta, non aveva subìto variazioni. Le sensazioni di vertigine non erano influenzate nè dagli sforzi fisici nè dal lavoro psichico, nè dai pasti abbondanti, nè dalle abbondanti libazioni.

Talvolta si aveva cefalea, prevalentemente frontale. Si aveva anche poliuria ma i reperti dell'urina erano normali.

Questo stato durò tre mesi dopo i quali cessarono le vertigini e cessò anche l'aritmia cardiaca. Dopo quattro mesi si manifestò emianopsia sinistra che durò circa un mese. Nella primavera 1931, in seguito ad un esame elettrocardiografico, si ebbero di nuovo vertigini quando il paziente stando in posizione giaciuta, inclinava la testa in avanti o verso sinistra: dopo un mese, scomparivano di nuovo anche queste. Ma si ripresentavano di quando in quando in maniera sempre più lieve fino a scomparire del tutto.

La cura fatta con piramidone, cardiazol, non dimostrò alcun beneficio: solo con la somministrazione di aspirina si ebbe la scomparsa della poliuria notturna.

Intanto nella famiglia del medico si erano verificati altri casi della stessa malattia: nel maggio 1930 la suocera avvertì senso di vertigine e cefaea che durò due settimane e si ripresentò per pochi giorni nel novembre.

Nell'agosto la figlia di 20 anni accusò lievi vertigini, senso di pesantezza allo stomaco, cefalea, conati di vomito e ciò la mattina appena alzata: i disturbi durarono due mesi. Nell'ottobre la moglie notò, specialmente di notte e nei movimenti del capo, senso di vertigine accompagnantesi a dolori precordiali che si irradiavano verso il dorso. Anche due altri figli ebbero disturbi simili ma in minor grado.

Da questo e dagli altri casi appare dunque come la vertigine appaia soltanto durante la notte o la mattina al risveglio, quasi sempre nella posizione giaciuta e raramente in quella eretta o durante le varie attività del giorno. La malattia colpisce individui di qualsiasi età. La vertigine, che può durare solo un istante ed anche alcuni secondi, si accompagna talvolta a dolori oculari e fosfeni.

I malati talora accusano anche cefalea prevalentemente frontale o del vertice, dove si ha anche spesso dolore alla pressione. La vertigine si accompagna inoltre spesso a conati di vomito o a vomito ed a senso di peso o dolore all'epigastrio o alla regione precordiale. Sintoma concomitante può anche essere una notevole variazione del polso nel passaggio dalla posizione seduta a quella eretta. In alcuni casi si ebbe anche forte sensazione di debolezza alle gambe o per tutto il corpo; in altri la presenza di mialgie diffuse. In quattro casi nel quadro sintomatologico che era per ogni verso completo mancava però la *vertigo*. La sintomatologia sparisce in generale improvvisamente, senza l'influenza di alcuna terapia, ma può anche ripresentarsi, in maniera però meno intensa. I malati di solito non sono costretti ad abbandonare il proprio lavoro.

Un aumento di temperatura corporea non ha alcuna influenza sulla frequenza o gravità delle vertigini.

L'epidemia grippale del 1931 non ebbe alcuna influenza sulla frequenza della malattia: questa si presentò prima, durante e dopo l'epidemia influenzale senza alcuna modificazione di frequenza o di gravità della sintomatologia. In generale la malattia non lascia alcun seguito morboso salvo la possibilità di ricadute.

L'esame del sistema nervoso rivela spesso deboli riflessi patellari; l'esame dell'apparato cocleare e vestibolare non fa notare alcunchè di anormale e così anche l'esame del *fundus oculi* nei casi gravi con nistagmo, emianopsia o fosfeni. L'epilessia e l'isteria potevano essere sicuramente escluse, per quanto la sintomatologia indirizzasse molto in quel senso. L'esame delle urine non rivelava nessuna alterazione salvo, qualche volta, presenza di urobilinogeno.

La maniera con cui la malattia si è manifestata epidemiologicamente fa pensare che si tratti di una infezione, la quale riconosca la

sua origine in un virus neurotropo. La sintomatologia d'altra parte è molto simile a quella attribuita ad alcune forme di *encefalite epidemica* qualificate come rudimentaria o atipica o subacuta o ambulatoria.

L'A. pensa che lo stesso virus o la sua tossina, per mezzo della via linfatica, giunga alla midolla allungata e da lì alla fossa romboidea o al cervello e cervelletto, dando luogo ai vari sintomi.

La porta d'entrata del virus è verosimilmente il naso o la gola. G. LA CAVA.

Forme cliniche degli spasmi delle silviane.

(H. ROGER e P. SARRADON. *Presse Médicale*, 24 gennaio 1934).

Gli spasmi vasali nel territorio delle silviane possono estrinsecarsi clinicamente con quadri sintomatologici diversi a seconda delle zone nelle quali lo spasmo avviene e dei disturbi concomitanti in relazione a spasmi di vasi più o meno lontani.

Le *forme semplici* possono essere *sensitive* e *motorie*.

Le *forme sensitive* possono assumere il tipo *emiparestesico* ed il tipo *sensoriale*.

Il tipo *emiparestesico* è più frequentemente caratterizzato da crisi di parestesie ascendenti brachio-facio-linguale.

Il malato sente improvvisamente la mano intorpidirsi. Il torpore poi risale lungo l'arto fino alla spalla e si diffonde quindi, alla metà corrispondente della faccia e della lingua. A questa parestesia si sovrappone, talvolta ma non sempre una vera ipoestesia, sopratutto tattile e stereognostica, che dà al paziente l'impressione di avere la mano paralizzata, mentre in effetti non esistono disturbi motori.

Alla faccia la parestesia si localizza spesso alla parte inferiore, sotto forma di formicolii a livello dell'angolo labiale, predominante al labbro inferiore, debordante o non verso il mento. La metà corrispondente della lingua è spesso sede della stessa parestesia, che disturba alquanto il linguaggio.

Il tipo discendente, labio-linguo-brachiale, è più raro.

Talvolta la parestesia si diffonde all'arto inferiore omologo, e più raramente s'inizia da questo e si diffonde al tronco, all'arto superiore ed alla faccia.

Spesso l'emidisestesia brachio-facio-linguale destra si accompagna ad afasia, che passa per le tre fasi di anartria, disartria, parafasia.

Il *tipo sensoriale* è caratterizzato dalla comparsa improvvisa di un'emianopsia, di uno scotoma destro o sinistro del campo visivo (velo nero, immagini colorate, scintille). I pazienti hanno l'impressione che l'occhio emianopsico è diventato cieco, ma presto si rendono conto che solo metà degli oggetti è invisibile.

Data la fragilità delle vie ottiche può darsi che una crisi vasocostrittiva che duri qualche ora possa provocare un'emianopsia permanente, ma il più delle volte la crisi, anche se di lunga durata, non lascia residui.

I sintomi associati consentono di stabilire se l'emianopsia è dovuta alla silviana, alla cerebrale posteriore o alla coroidea interna.

Le *forme motorie* possono assumere il tipo deficitario *emiparalitico* e *afasico*, ed il tipo eccitomotore *epilettico*.

Il tipo *emiparetico* è caratterizzato dalla comparsa improvvisa di un'emiparalisi preceduta di solito da emiparestesia. Tale paralisi può colpire tutta la metà del corpo o limitarsi ad un solo arto, o a una metà della faccia.

La paralisi è a tipo flaccido con riflessi aboliti; il Babinski è solo transitorio.

Talvolta la paresi è di grado molto leggero, i movimenti sono ancora possibili, ma la forza è molto diminuita.

La crisi può durare da un quarto d'ora a qualche giorno. Ma di solito è brevissima, cessa a poco a poco senza lasciare alcuna traccia.

Il tipo *afasico* è caratterizzato dalla perdita improvvisa della parola, mentre l'intelligenza è conservata.

Le afasie transitorie hanno i caratteri dell'afasia motoria nelle sue tre fasi di anartria, disartria e parafasia. Può aversi talvolta agrasia, ma più raramente cecità o sordità verbale.

L'afasia può complicare l'emiparesi e l'emiparestesia transitoria quando il disturbo motore e rispettivamente sensitivo è localizzato a destra.

Nel tipo *epilettico* si hanno crisi jacksoniane che s'iniziano ad una metà della faccia, ad un arto superiore e più di rado ad un arto inferiore. Il disturbo può rimanere localizzato ad una di dette parti o diffondersi a tutta una metà del corpo, e decorrere senza perdita di conoscenza, morsicatura della lingua, perdita delle urine. Talvolta può generalizzarsi secondariamente con tutti i caratteri dell'attacco epilettico essenziale.

Tutti i tipi su accennati possono ripetersi con la medesima forma, o alternarsi in vario modo.

Talvolta le crisi stesse si accompagnano con un violento mal di capo a netti caratteri emicranici, e si parla allora di *emiacrania emiparestesica, emianopsica, emiparetica, afasica, epilettica*.

Oltre a ciò gli angiospasmi silviani possono associarsi a spasmi di altre arterie della retina, del midollo, degli arti, dei visceri.

Molto frequente è l'associazione con l'*angiospasmo retinico*: lo stesso malato può essere colpito da emicrania emianopsica e da cecità monoculare transitoria.

La *claudicazione intermittente* del midollo è stata constatata contemporaneamente alla claudicazione cerebrale.

Raynaud ha descritto gli *spasmi arteriosi periferici degli arti* che portano il suo nome, ed ha insistito sulla coincidenza di tali disturbi con emiparestesie e emianopsie.

L'*angina pectoris* coincide talvolta con crisi di parestesia brachio-facciale o di emiplegia.

Infine in qualche caso sono state constatate *crisi polivasali composte*, disturbi motori, sensitivi, sensoriali, viscerali interessanti parti molteplici.

Il carattere essenziale delle crisi spastiche della silviana è la transitorietà. Tuttavia quando lo spasmo dura parecchi giorni gli elementi nervosi anemizzati non recuperano tutte le loro funzioni immediatamente dopo il ristabilimento della circolazione.

Talvolta il disturbo non si ripete e rimane un episodio isolato nella vita del soggetto, ma più spesso le crisi ricompaiono con una certa periodicità più o meno lunga nella medesima forma o anche sotto forme diverse.

La diversità dei tipi clinici è in relazione alla sede dello spasmo nei varî rami della silviana.

Gli spasmi generalizzati a tutto il territorio silviano possono estendersi alle cerebrali anteriore e posteriore dello stesso lato ed anche alla silviana del lato opposto e a tutta la circolazione encefalica, il che avviene senza dubbio nella grande epilessia essenziale.

Gli spasmi alternanti colpiscono talvolta la silviana destra e tal'altra quella sinistra.

Gli spasmi possono essere localizzati: *a*) al gruppo silviano posteriore che comprende la temporale anteriore irrigante la parte anteriore delle circonvoluzioni temporali, e la parietale e temporale posteriori che con la terminale della silviana e l'arteria della plica curva irrigano la maggior parte delle circonvoluzioni temporali, le due parietali, parte del cuneo e parte delle irradiazioni ottiche; *b*) al gruppo silviano anteriore che comprende l'orbito-frontale (metà del lobo prefrontale), l'arteria del solco prerolandico (piede della 2ª o 3ª frontale e versante anteriore della frontale ascendente), l'arteria rolandica (parti adiacenti della frontale e parietale ascendenti) la parietale anteriore (parte della parietale ascendente e della 1ª e 2ª parietale).

È difficile stabilire la sede esatta dello spasmo corrispondente a ciascuna delle forme considerate.

Tuttavia data la frequenza dell'emianopsia con le emicranie è probabile che queste ultime sono dovute a spasmo del gruppo posteriore. La successione di sintomi (scotoma emiopsico, parestesia brachio-facciale e afasia) consente di supporre uno spasmo che si diffonde dall'arteria della plica curva emianopsia), alla parietale (emiparestesia), alla temporale posteriore (afasia).

La fase emicranica tardiva si spiegherebbe sia con uno spasmo concomitante delle arterie meningee, più sensibili delle cerebrali, sia con l'esistenza di fibre sensitive nelle pareti dei vasi cerebrali.

Le forme motorie pure, emiplegica o epilettica, provengono da uno spasmo del gruppo anteriore (arteria rolandica o prerolandica), l'afasia da spasmo della prerolandica o dell'orbita frontale, che si distribuiscono al piede della frontale ascendente.

La crisi vasale può iniziarsi dal gruppo silviano posteriore e poi diffondersi a quello anteriore, l'inverso accade di rado.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze sulla circolazione silviana e sulle localizzazioni cerebrali è difficile precisare l'importanza che possono avere i rami profondi delle silviane dei nuclei grigi centrali nella sintomatologia delle sindromi vasali in quistione. DR.

Ematoma sottodurale cronico post-traumatico.

(FISCHER et DE MORSIER. *La Presse Médicale*, 4 ottobre 1933).

Un uomo riporta un trauma cranico lieve, non perde la coscenza, anzi è in grado di compiere tre quarti d'ora di cammino subito dopo. Trascorso un periodo abbastanza lungo, circa un mese, compajono disturbi mentali, afasia, emiparesi destra; questa sintomatologia ha delle alternanze di miglioramento e peggioramento fino al coma. S'interviene con diagnosi di ematoma sottodurale della parte anteriore dell'emisfero sinistro, praticando una cranioresezione parietale sinistra temporanea.

L'ematoma incistato occupa la maggior parte dell'emisfero sinistro, contiene coaguli e cmc. 60-70 di un liquido bruno verdastro per presenza di bilirubina. La membrana esterna della cisti non è aderente alla dura madre, l'interna riposa direttamente sull'aracnoide. L'ematoma viene svuotato, si chiude completamente la dura madre e si rimette in posto il lembo osteoplastico; il p. guarì completamente, sia operatoriamente che dal punto di vista clinico.

Si tratta di un caso tipico di ematoma sottodurale cronico consecutivo a trauma; caratteristici sono il lungo intervallo lucido e l'andamento a esacerbazioni successive intramezzate da remissioni che possono far credere alla guarigione spontanea; la malattia, viceversa, s'aggrava progressivamente e termina fatalmente se non s'interviene. L'intervento va compiuto durante un periodo di remissione; è consigliata l'estirpazione delle pareti della cisti per evitare la recidiva; gli AA., nel loro caso, non hanno praticato tale estirpazione temendo di provocare emorragie, in questo hanno seguita la scuola americana e i risultati hanno dato loro ragione.

Notevole, nel caso illustrato, la completa restaurazione funzionale, non ostante le dimensioni dell'ematoma, che aveva uno spessore

massimo di tre centimetri e ricopriva quasi tutto l'emisfero sinistro.

Anche da notarsi è che il liquor non presentava alterazioni, ad eccezione di un leggero aumento dell'albumina (0,38) e d'una leggera iperclorurorachia; inoltre la pressione rachidea non era aumentata non ostante la compressione cerebrale; tale sintomo, di capitale importanza per la diagnosi differenziale, non è stato finora, insistono gli AA., messo nell'evidenza che merita.

Il reperto del liquor e il suddescritto andamento possono essere interpretati chiaramente riferendosi a una teoria patogenetica basata su leggi fisico-chimiche: la cisti rappresenta una tasca a pareti semipermeabili, il liquido intracistico ha una pressione osmotica e una pressione oncotica (pressione osmotica delle proteine) superiore alla pressione osmotica e alla pressione oncotica del liquido cefalo-rachideo che circonda la cisti; ne consegue che la cisti aumenterà di volume per penetrazione di liquor o di quelle parti di esso che possono traversare le membrane semipermeabili. Si avranno quindi due risultati: 1) diminuzione di pressione del liquor, del quale viene sottratta una parte; 2) aumento di tensione della cisti: essendo friabili le pareti di questa si produrrà un'emorragia da parte delle venule della periferia. Viene così reso chiaro l'andamento progressivo e a episodi successivi di questi ematomi. Gli AA. hanno tentato di dimostrare sperimentalmente questa teoria, immergendo nel liquor una cellula di collodion contenente il liquido estratto dalla cisti: la cellula s'è gonfiata fino a scoppiare.

L. FERRETTI.

Esperienze sull'arricchimento numerico e sulla modalità di distribuzione delle fibre nervose nei nervi in rigenerazione.

(DOGLIOTTI. *Archivio Italiano di Chirurgia*, settembre 1933, fasc. 6).

L'A., dopo aver premesso e discusso alcuni fatti sperimentalmente e clinicamente dimostrati, espone le ricerche sperimentali da lui eseguite su cavie. In un primo gruppo ha isolato alla coscia il n. sciatico, lo ha sezionato trasversalmente, quindi ha dissociato il moncone superiore per una certa lunghezza in due parti disuguali: la più voluminosa, attraverso un occhiello muscolare, l'ha fissata nel sottocutaneo; l'altra invece, molto più piccola, l'ha suturata al moncone periferico. Sacrificando gli animali a vari mesi (7 e 14) di distanza, quando ormai i fenomeni di paralisi a carico dei muscoli innervati dallo sciatico sezionato erano completamente scomparsi, e prelevando un tratto dello sciatico sano — tratti dello sciatico sezionato e precisamente in corrispondenza del moncone superiore prima dello sfibramento, in corrispondenza di questo, e in corrispondenza del moncone inferiore —il rigonfiamento lombo-sacrale del midollo spinale — i muscoli delle due gambe innervati dallo sciatico — ha studiato, per mezzo del peso e dell'esame istologico, se esistessero differenze tra i muscoli dei due lati — i fenomeni di rigenerazione delle fibre nervose mediante conteggi delle fibre mieliniche — se esistessero modificazioni di numero e di volume delle cellule spinali delle corna anteriori.

Ai due cani del secondo gruppo, ha praticato lo stesso intervento su descritto e dopo parecchi mesi da questo, quando la paralisi muscolare era ormai completamente scomparsa, ha asportato tutti i gangli spinali corrispondenti all'arto già operato. Sacrificati anche questi due cani dopo parecchi mesi, ha prelevato e ha studiato i pezzi come nel primo gruppo.

Le conclusioni a cui l'A. giunge sono:

1) È sufficiente la sutura al moncone periferico di una parte sola del moncone centrale per ottenere un ripristino anatomico e funzionale muscolare perfetto.

2) Le fibre del tratto del moncone centrale conservato si moltiplicano fino a raddoppiarsi di numero.

3) Le fibre motrici nello sciatico costituiscono circa 1/3 del nervo.

4) I muscoli paralizzati riacquistano un volume pressochè uguale a quelli del lato sano con il ritorno dell'innervazione.

5) Le cellule delle corna anteriori del midollo spinale non presentano fatti di degenerazione o di ipertrofia.

6) Si può sperare di aumentare in casi speciali il numero delle fibre nervose presenti in un nervo parzialmente paralizzato, sezionandolo trasversalmente e quindi suturandolo, grazie all'aumento del numero delle fibre che si rigenerano dal moncone centrale.

G. GENTILE.

MISCELLANEA.

Angina pectoris e pancreas.

(A. BASSLER. *Medical Times*, gennaio 1934).

L'angina pectoris è generalmente dovuta ad una malattia delle arterie coronarie, ad aortiti, a miocarditi. Ma in non pochi casi l'attacco coincide con disordini di altri organi (cistifellea, fegato, pancreas, stomaco, ecc.) senza che clinicamente si manifestino lesioni cardio-vasali, senza che anatomopatologicamente si riscontrino alterazioni a carico del cuore e dei grossi vasi. Si tratta di quelle forme di angina pectoris che sono denominate funzionali.

Per spiegare il meccanismo patogenetico di queste forme bisogna tener presente innanzi tutto le influenze riflesse esercitate sulla circolazione coronaria attraverso molteplici vie nervose. Tra queste sono importanti le fibre sensitive del vago, le vie della sensibilità ge-

nerale provenienti dal plesso sciatico, le fibre del frenico, le fibre che dai principali organi addominali procedono attraverso il ganglio o il plesso celiaco, ecc. L'eccitazione di queste fibre provoca per via riflessa uno spasmo vasale ed una riduzione dell'apporto di ossigeno al miocardio, fatti che sono la causa essenziale dei dolori anginosi. Con tale meccanismo si comprende come nei casi nei quali sussistono alterazioni di tali vie (alterazioni che costituiscono il fattore fondamentale) tutte quelle cause che provocano un perturbamento delle vie stesse (sforzi, emozioni, eccessi nel mangiare, nel bere, nel fumare, l'esposizione al caldo o al freddo, ecc.) siano capaci di scatenare la crisi di angina pectoris.

Ma a parte ciò sembra che nel meccanismo etiopatogenetico dell'angina pectoris entrino in giuoco modificazioni umorali.

Frey e Kraub hanno dimostrato che le urine contengono un ormone proveniente dal pancreas, e dimostrabile anche nel sangue, il quale ha la proprietà di dilatare i vasi periferici facilitando la circolazione ed abbassando la pressione vasale tranne che nei casi d'ipertensione di origine renale.

Gli ulteriori studî di Cley e Kisthinios, Elliot e Nazum confermarono tale reperto e Wolffe, Findlay e Dessen applicarono con successo nella cura dell'angina pectoris l'«antisimpatone», l'ormone pancreatico preparato da Cley e Kisthinios. La stessa sostanza fu consigliata per la cura dell'ipertensione, dell'arteriosclerosi, e per i disordini vasali della menopausa.

È stato avanzato il sospetto che tali proprietà terapeutiche non siano specifiche del pancreas ma comuni a tutti i tessuti. Questa constatazione dimostra che l'ormone vasodilatatore sia presente in tutto l'organismo, ma in effetti risulta provato che esso trovasi in notevole maggiore quantità nel pancreas, il che prova che in questo organo ne avviene la produzione e che da esso si diffonda.

La secrezione interna ed esterna del pancreas (insulare e digerente) non sempre va quantitativamente di pari passo. Tuttavia in base a recenti ricerche si può ritenere che generalmente quando la funzione delle isole di Langerhans è disturbata lo è anche quella degli acini pancreatici, e reciprocamente la disfunzione di un complesso secernente è accompagnata da disfunzione dell'altro.

Per quel che riguarda l'ormone circolatorio sembra che esso sia indipendente dalla secrezione dell'insulina. Vi sono casi nei quali l'iperglicemia ossia l'ipoinsulinismo è accompagnato anche da deficienza di secrezione ormonica circolatoria. Sta di fatto, comunque, che quando i due disturbi coesistono l'iperglicemia persiste anche quando i disordini vasali scompaiono in seguito all'alimentazione con pancreas.

L'A. ha esperimentato questa alimentazione pancreatica in undici casi di angina pectoris legata a lesioni cardiovasali (sclerosi coronaria, aortite sifilitica, miocardite, arteriosclerosi, cardio-nefrosi) ed in dieci casi nei quali l'angina pectoris si accompagnava ad affezioni di organi addominali (anemia splenica con cirrosi epatica, colecistite calcolosa e non calcolosa, duodenite cronica con o senza aderenze, tossiemia intestinale da stipsi, ipopancreatismo semplice).

Il successo, nel senso che gli accessi si fecero sempre più rari fino a scomparire, fu marcato nei casi del secondo gruppo, mentre fu meno netto nel gruppo delle forme organiche ed assolutamente negativo in tre casi.

Contemporaneamente alla somministrazione di pancreas, che durò nove mesi, furono adoperati tutti gli altri mezzi atti a prevenire gli attacchi: riposo, calma, luminal, bromuri, teobromina, ecc. Fu d'altra parte fatta la cura delle corrispondenti affezioni addominali.

Si somministrano ogni giorno 100 gr. di pancreas di vitello e di pecora, liberato dal grasso, e tenuto per qualche giorno in una soluzione di sale ed aceto. Si può adoperare anche una mescolanza di 70 parti di pancreas e 30 di glicerina.

Le altre preparazioni commerciali non danno i benefici che dà l'alimentazione di pancreas fresco preparato nel modo su indicato.

In conclusione l'ingestione di pancreas è molto vantaggiosa nelle forme di angina pectoris nelle quali non esistono segni di lesioni cardiovasali e sono invece presenti affezioni di organi addominali, ma risulta anche utile nelle forme nelle quali il disturbo sicuramente legato ad alterazioni del cuore o dei vasi. DR.

Nuovi punti di vista per la diagnosi e la cura dell'anemia perniciosa.

(M. GÄNSSLEN. *Die Med. Welt*, 11 ott. 1933).

Quando un anemico viene a consultarci, noi misuriamo anzitutto il numero degli eritrociti e il valore dell'emoglobina, per vedere se si tratti di un'anemia ipercromica, o di un'anemia secondaria: ma già il colore della cute può darci qualche indizio, giacchè esso è giallastro nelle anemie a tipo primario, e decisamente pallido nelle altre.

Nel gruppo delle anemie primarie rientrano quella perniciosa e quella da ittero emolitico; nel gruppo delle secondarie, l'anemia achilica semplice e la clorosi (dopo avere escluso naturalmente tutte le forme sintomatiche da stati tossi-infettivi, da emorragie, da tumori).

L'esame dello striscio ci permetterà in un secondo tempo di chiarir meglio la natura dell'anemia (macrocitosi ipo- e ipercromica, microcitosi a palla, ecc.).

Un accurato esame sarà poi dedicato all'ap-

parato gastro-digerente che — dopo le ricerche di Castles sulla virtù curativa della mucosa gastrica nelle anemie perniciose — ha acquistato tanta importanza; non solo lo stomaco, ma tutto l'intestino sarà attentamente studiato, poichè si sa che stenosi, diverticoli, megacolon ecc. possono dare forme pernicioso-simili.

In questi ultimi tempi è venuta di moda una nuova forma clinica di anemia, e precisamente quella semplice achilica (Kaznelson): essa ha decorso tipicamente cronico, caratteri di anemia secondaria; predilige il sesso femminile; si accompagna ad achilia ostinata, a turbe digerenti, a dismenorrea, ad alterazioni caratteristiche delle unghia, e della lingua (tipo Hunter).

Per i suoi caratteri ematologici, questa forma va posta tra l'anemia perniciosa e la clorosi.

Il medico privato, che non ha laboratorii a sua disposizione, si contenti di saggiare a più riprese la reazione del succo gastrico dei suoi anemici; una costante anacidità parla contro la clorosi e l'ittero emolitico, e in favore dell'anemia perniciosa e dell'anemia achilica di Kaznelson.

Grande importanza ha il fattore costituzionale, soprattutto per quanto riguarda l'ittero emolitico; esso è una malattia costituzionale e familiare; l'esame attento di intere famiglie rivela, tra i suoi varii membri, l'esistenza della costituzione emolitica nei suoi varii gradi.

Il carattere fondamentale della diminuzione della resistenza degli eritrociti non va sopravalutato; esso può mancare.

L'anisomicrocitosi è caratteristica: e così l'aumento dei reticolociti.

Anche alcune particolarità scheletriche (come il cranio a torre) rientrano nel quadro costituzionale dell'ittero emolitico.

Tuttavia questo terreno di predisposizione va ricercato in tutte le anemie e ci spiega forse perchè in varii soggetti a parità di condizioni si sviluppi o l'una o l'altra forma di anemia.

Nella clorosi, inoltre, si afferma decisamente il fattore endocrino-ovarico.

La terapia si basa su due medicamenti: il ferro e il fegato.

Il ferro va dato a dosi alte (3-4 gr. al dì), meglio dopo i pasti e con l'aggiunta di bevande acide: esso è particolarmente indicato nella clorosi e nell'anemia achilica.

Il fegato va dato con intensità sino a che non si raggiungono valori normali: ottime le iniezioni di Campolon: si può anche usare il metodo delle grandi dosi (8-10 cc. di Campolon) a intervalli (ogni 10-14 giorni).

Una volta raggiunti i valori normali bastano queste dosi a grandi intervalli (ogni 3-4 settimane) per mantenere l'equilibrio.

L'utilità di un intervento inizialmente energico e rapido è specialmente risentita nei riguardi del midollo spinale, di cui previene o combatte le degenerazioni a tipo funicolare.

In complesso il metodo di cura epatica preferibile è quello di iniettare 5-10 cc. di Campolon alla settimana, fino ai valori normali, e di proseguire quindi colla stessa dose ogni 3-4 settimane.

V. SERRA.

MEDICINA SOCIALE.

La rieducazione dei minorenni che delinquono.

Il prof. B. di Tullio in un lavoro pubblicato sulla *Rivista di Diritto Penitenziario* (1933, n. 3) osserva come le possibilità di rieducazione dei minorenni che delinquono si fondono essenzialmente sulla precisazione del tipo della criminalità.

Al riguardo bisogna dividere i minorenni che commettono reati in due grandi gruppi: delinquenti occasionali ed ambientali da una parte e delinquenti costituzionali dall'altra.

Nel primo caso il delitto è il portato esclusivo di particolari situazioni economiche, sociali, culturali e morali. Anche in queste condizioni vi sono ragazzi che riescono a conservarsi moralmente sani e altri che delinquono. Da che si deduce che anche in queste forme entra in giuoco l'elemento costituzionale, che per altro più che essere una condizione innata è il prodotto delle influenze esercitate sull'organismo psicofisico dalla miseria morale ed economica, dalle malattie, dalla deficiente costituzione, dalla vita irregolare, vagabonda, a sfondo antisociale.

Il secondo gruppo, invece, comprende quei minorenni che delinquono in conseguenza di fattori causali più complessi, sempre però di natura bio-sociologica ed inerenti alla personalità del soggetto.

Anche per questo gruppo si distinguono due varietà: quella dei veri anormali psichici (cerebropatie, frenastenie, demenze, epilessia, ecc). e quella dei minorenni che presentano uno stato di particolare anormalità psico-fisica con tendenza al delitto che si realizza in seguito ad influenze ambientali o rivelatrici della criminalità latente (miseria, abbandono morale, ignoranza, cattive abitudini, intossicazioni, traumi, tossi-infezioni, etero- ed autosuggestioni, ecc.).

Le interpretazioni circa l'esistenza e l'origine di questa costituzione delinquenzale sono diverse. Mentre alcuni ritengono che i fanciulli crescono tutti buoni e che la delinquenza è il prodotto di condizioni sociali, altri sostengono che i germi della delinquenza si troverebbero normalmente nelle prime fasi della vita come elementi istintivi, come tendenze alla crudeltà, alla vendetta, all'oscenità, alla pigrizia, ecc., tendenze che sono proprie dell'umanità primitiva.

Secondo il di Tullio la verità sta nel mezzo. I fanciulli fisicamente e psichicamente sani, sono buoni nel senso che sono forniti di una

sufficiente capacità di moralizzazione e di adattamento alla vita sociale, mentre altri in conseguenza di irregolare sviluppo ontogenetico presentano anomalie morfo-fisio-psichiche che provocano tendenze antisociali, presentano cioè la costituzione delinquenziale.

Al riguardo è a rilevare come la personalità individuale è costituita dagli elementi ereditari (genotipo) e da quelli acquisiti nell'ambiente fisico e sociale (fenotipo), per modo che il carattere è il risultato dell'equilibrio fra gli elementi stessi. Nel ragazzo delinquente l'elemento acquisibile finisce per non essere assorbito, e l'elemento ereditario innato si scatena liberamente con tutte le sue perversioni ed azioni antisociali.

In fondo gli elementi educativi possono avere presa solo quando sono in funzione ed hanno forza i poteri inibitori. Quando questi sono difettosi si ha una maggiore frequenza di reazioni abnormi, antisociali e delittuose. È facile perciò dedurre come tutto si riporti al fattore costituzionale: le forze moralizzatrici esteriori non hanno effetto in quanto è manchevole la capacità inibitoria o di resistenza agli strati psichici superiori, fatto che va messo in conto di una condizione di predisposizione innata, di un'abnorme costituzione.

Nello sviluppo di tali costituzioni hanno importanza l'eredità morbosa e degenerativa in genere, e quella neuropsicopatica, alcoolica, luetica, tubercolare, blastotossica in specie, nonchè l'eredità così detta polimorfa e quella specifica criminale.

Nei ragazzi costituzionalmente criminali si riscontrano, oltre a numerose e più o meno gravi anomalie somatiche, diminuzione della sensibilità e dell'affettività, irritabilità con tendenza alle fughe, alla violenza, alla volgarità nelle parole e negli atti, malvagità, indisciplina, prepotenze verso i deboli, perversioni ecc.

La distinzione dei varî tipi di minorenni delinquenti consente un'adeguata forma di rieducazione e di trattamento in genere.

È ovvio che il successo è più facile nelle forme nelle quali la delinquenza non costituisce un carattere costituzionale. La rieducazione pedagogica, l'allontanamento dall'ambiente malsano, la cura dei fatti somatici che sono l'effetto di condizioni esterne e la causa del delitto, riescono nella quasi totalità dei casi a ristabilire l'equilibrio morale.

Anche per le forme costituzionali vi sono possibilità di rieducazione, ed esse sono maggiori quanto più sollecito e tempestivo è l'intervento della medicina pedagogica emendativa.

L'opera di prevenzione deve essere iniziata al più presto verso i fanciulli che, comunque, si dimostrino predisposti al delitto, e deve essere praticata con la massima larghezza e profondità, nelle famiglie, nelle scuole, nelle officine, nelle strade. Dr.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

S. La Franca. *Patologia e clinica dell'apparato circolatorio*, vol. I: *Cardiopatie;* in due puntate di 1043 pag. Vallardi, 1933. L. 100.

Del trattato del prof. La Franca di Patologia e Clinica dell'apparato circolatorio vedono ora la luce le due prime puntate relative alle cardiopatie: tra breve seguirà la parte relativa alle angiopatie, ma nei volumi già pubblicati si scorge fin d'ora la completezza dell'opera e tutto il suo valore. Mancava ancora tra noi un vero trattato del genere, sicchè, se si tolgono manuali assai più modesti e con trattazione di argomenti più limitati e a tipo monografico, lo studioso del nostro Paese era costretto a ricorrere a trattati stranieri, alcuni dei quali, in verità, eccellenti.

L'opera del La Franca non solo toglie questa lacuna, dolorosa in un Paese come il nostro nel quale gli studi di cardiologia hanno avuto impareggiabili Maestri, ma ben può competere con analoghi trattati stranieri e in molti punti superarli; essa costituisce una magnifica messa a punto dei più svariati problemi di cardiopatologia ed è tutta permeata di sano sapore clinico: sicchè a lato di minute esposizioni di fisiopatologia in cui è tenuto conto del più recente contributo dell'indagine sperimentale, sono sempre presenti osservazioni cliniche esposte con semplicità e lucidità pur nella loro completezza e complessità, accompagnate opportunamente da richiami casistici atti a fungere da punti di riferimento e di chiarificazione in alcuni argomenti tuttora allo studio, incompleti ed anche oscuri.

Il trattato di La Franca diventa per questo in molti punti opera di vera consultazione, dalla quale lo studioso di questi problemi potrà trarre indicazioni per ulteriori ricerche e la nozione di quanto rimane ancora nello stadio di ipòtesi e di quanto invece va ritenuto oramai acquisito alla scienza: in questo punto crediamo di poter vedere un alto pregio dell'opera; perchè con critica eclettica, lontana da dogmatismi di scuole o da orientamenti unilaterali di ricerca e di giudizio, l'A. ci fornisce in chiara sintesi le conoscenze odierne sulle quali si potrà ancora costruire per l'avvenire. La documentazione bibliografica che fa sèguito ad ogni capitolo oltrechè dare al trattato una riprova della sua veste simpaticamente scientifica, riesce di grande utilità ed è particolarmente opportuna in trattati, come questo, che non vogliono soltanto essere semplici manuali, ma completa esposizione e trattazione di un intero capitolo di patologia e di clinica.

Dopo quanto abbiamo detto, ci sembra inutile riportare, sia pure a grandi linee, un'esposizione dettagliata dei singoli capitoli in cui l'opera si compone: basterà ricordare che tutti i problemi hanno trovato ampio sviluppo, da

quelli di anatomia, istologia e fisiologia del miocardio a quelli relativi ai mezzi di registrazione dell'attività funzionale del cuore, o allo studio dei disturbi del ritmo, o allo studio semeiologico dell'alterata funzione del cuore. Lo studio dei riflessi cardiaci, la loro analisi fisiopatologica, il loro contegno nelle più svariate condizioni morbose, gli elementi di giudizio che essi possono fornire di fronte ad un determinato caso clinico, costituiscono uno dei capitoli che difficilmente trovano altrettanta lucida esposizione e senso critico di valutazione, in opere del genere. Pure magistralmente trattato è il complesso problema dell'angina di petto unitamente alle sindromi colle quali spesso l'angina di petto è clinicamente e patogeneticamente associata.

Alla trattazione delle malattie del cuore (endocarditi, pericarditi, miocarditi) segue un vasto capitolo assai opportuno sulle alterazioni del cuore nel corso di svariate forme morbose; ed ampio sviluppo trova infine il capitolo relativo alla terapia delle affezioni cardiache, nel quale accanto all'analisi prettamente farmacologica dei vari medicamenti, si possono cogliere tutti gli elementi e i fattori che regolano caso per caso il trattamento terapeutico del cardiopatico.

Dobbiamo quindi essere grati al La Franca di questa sua nobile fatica, alla quale non potrà non corrispondere il più lusinghiero successo e che onora lui e la scienza italiana.

C. FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Oeuvres de Pasteur réunies par PASTEUR VALLERY-RADOT. Vol. VI, in-8° gr., di p. 918. Parigi, editori Masson & C.ie, 1933. Prezzo Fr. 160.

Questo VI volume di lavori è forse il più interessante della serie pubblicata dal suo esperto e infaticabile nepote. Ha un grande valore storico e formativo: permette di rivivere l'epopea pasteuriana e di seguire l'evoluzione del pensiero di quel genio immortale, durante un periodo d'intensa e fruttuosa attività, dal 1877 al 1881. Vi è riunito quanto riguarda le malattie virulente, i virus-vaccini e la profilassi della rabbia; si tratta di memorie comparse in giornali, di comunicazioni a società e accademie o ad enti pubblici e delle discussioni sollevate.

L'esposizione del Pasteur è sempre lucidissima e incontrovertibile; le discussioni erano appassionate e condotte da avversari in buona ed in cattiva fede, che chiudevano gli occhi avanti alla luce abbagliante dell'evidenza.

Nelle prime pagine si trova la famosa discussione del 1874 all'Accademia di Medicina di Parigi, sulla putrefazione e la fermentazione. Seguono capitoli sulla fermentazione ammoniacale dell'urina, sulla medicatura delle ferite, sulla teoria dei germi in medicina e in chirurgia (con le comunicazioni rimaste celebri del 1878 e del 1880), varie ricerche sulla setticemia puerperale, i foruncoli, l'osteomielite. Altri capitoli riguardano l'eziologia del carbonchio, la vaccinazione contro il colera dei polli, la vaccinazione anticarbonchiosa, infine la rabbia e la vaccinazione antirabbica. Il volume si chiude con una serie di documenti, tra cui i protocolli delle esperienze di Ponilly-le-Fort sulla vaccinazione anticarbonchiosa; comunicazioni e discussioni inedite al Consiglio Superiore dell'Igiene; tutte le emozionanti discussioni sulla vaccinazione antirabbica in seno all'Accademia di Medicina, ove Peter accusava Pasteur di omicidio preteritenzionale, perchè un soggetto vaccinato era morto di rabbia. Riascoltiamo Pasteur, Peter, Vulpian, Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Vuillemin, Trélat, Larrey, Grancher, Chauveau, Verneuil, Sappey, Le Fort, Charcot, il quale riassunse così la discussione: « L'inventore del vaccino antirabbico può proseguire la sua missione gloriosa senza lasciarsi arrestare un istante dai clamori della contraddizione sistematica e dai mormorii insidiosi della denigrazione ».

Un settimo volume completerà la serie.

L. V.

F. ROCCHI. *La parotite epidemica.* Un vol. in-8° di 212 pag. S. A. Arte della Stampa, Roma, 1933.

Da diversi anni la Scuola del Pontano e soprattutto l'A. di questa pregevole monografia lavorano per chiarire molti punti ancora controversi nella questione della parotite epidemica: specialmente sull'etiologia, la fisiopatologia e l'anatomia patologica; in riguardo a quest'ultima, alla deficienza dei reperti di autopsia, rari in tutta la letteratura sulla parotite epidemica, suppliscono egregiamente le numerose biopsie fatte dall'A. sulla parotide stessa e sui testicoli, che apportano sull'argomento dati di grande importanza.

Il lavoro dell'A., pertanto, oltre a raccogliere e sottoporre al vaglio della critica l'abbondante letteratura sulla parotite epidemica, porta un notevole contributo personale, che sull'oscura questione getta nuova luce ed induce a continuare le ricerche, ponendo su molti punti delle basi sicure.

fil.

A. LUMIÈRE. *Quelques travaux complémentaires rélatifs à la propagation de la tuberculose.* Un vol. in-8° di 134 pag. Imprimerie L. Sézanne, Lyon, 1933.

A. Lumière combatte un'aspra battaglia per distruggere la credenza del contagio per l'eziologia della tubercolosi dell'adulto, sostenendo

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

la teoria dell'ereditarietà. Il suo libro pubblicato tempo fa sull'argomento ha suscitato vivaci polemiche, che sono ben lungi dall'essere cessate.

Ad esse risponde l'A. con una serie di articoli comparsi sui varî periodici.

In questo volume, sono riuniti dieci di tali lavori riguardanti la profilassi, il contagio, l'ereditarietà, la dichiarazione obbligatoria della tubercolosi, i rapporti di questa con l'alcoolismo, ecc.

Il problema è certamente appassionante e rappresenta uno dei tanti ricorsi storici. C'è voluto molto tempo ai contagionisti per abbattere il dogma dell'ereditarietà; ci troviamo ora in una situazione rovesciata a cui la filtrabilità del virus tubercolare ed il passaggio attraverso il circolo placentare offrono degli appoggi. Le idee vanno modificandosi col tempo e vediamo spesso che le utopie di oggi sono le verità di domani. Pur senza smontare per nulla l'attuale armamento antitubercolare, è bene seguire queste polemiche, in modo da non rimanere fissati in dogmi e da avvicinarci sempre meglio alla verità.

fil.

A. PAGNIELLO. *Chimica di guerra. Posto di soccorso sanitario antigas.* L'industria chimica. Tip. Officina Poligrafica Editrice Subalpina, Torino, 1933.

L'A., di cui sono ben note le molte pubblicazioni di chimica bellica, tratta del « Posto Sanitario antigas » colla competenza, certo non comune che nella importantissima branca egli possiede.

Premesso che la monografia compilata nel 1930 è stata data alle stampe, per comprensibili ragioni di opportunità, solo ora, l'A. non per questo ritiene che essa perda il suo carattere di attualità in quanto con essa l'A. intende portare il preziosissimo contributo della propria esperienza alle questioni riguardanti la difesa chimica senza alcun riferimento a quanto concerne gli analoghi sistemi palesi o riservati universalmente in uso.

Analizza ed indica anche con illustrazioni a colori, quali potrebbero essere i distintivi di neutralità per il servizio sanitario antigas: banderuola internazionale, lanterne, ecc.

Fa un raffronto tra posto di medicazione della sezione di sanità e posto di soccorso sanitario antigas, il quale dovrebbe essere in grado di attuare: a) un *soccorso urgente* da apportarsi *in loco* da graduati di truppe; b) un *pronto intervento* da parte di un ufficiale medico provvisto di zaino o cofano di sanità antigas; c) *prime cure e assistenza specifica* da prodigarsi nel posto di soccorso antigas.

L'A. ricorda poi le proprietà terapeutiche più importanti dei principali rimedi utili nella cura delle lesioni da aggressivi chimici ed enumera i prodotti dei quali deve essere dotato il posto di soccorso sanitario antigas. Chiudono la monografia alcune interessanti nozioni schematiche sul trattamento di colpiti dagli aggressivi chimici e sulla bonifica dell'ambiente e dei materiali che ne siano infettati.

Infine opportunamente l'A. insiste sulla necessità di organizzare e disciplinare tutte le molteplici adeguate provvidenze atte ad elidere gli effetti dei nuovi sistemi di guerra e capaci di impedire il grave logorìo delle truppe combattenti; sembra accertato infatti che il primo soccorso dei colpiti da gas quando è tempestivo e appropriato permette di curar bene in seguito la più grande percentuale dei colpiti.

Questa pubblicazione sul *Posto sanitario antigas* potrà interessare certamente non solo i medici militari ma i medici tutti data la forma brillante colla quale la materia è stata trattata e data la grande autorità che l'illustre prof. Pagniello ha sul delicato argomento.

MESSINI.

The Rockefeller Foundation. Annual Report 1932. Un vol. in-8°, di 455 pag., con fotografie. New York.

La benemerita fondazione Rockefeller pubblica il consueto rapporto annuale che dimostra la grande attività che essa esplica nel campo della pubblica salute e dello sviluppo dell'alta cultura in tutto il mondo.

Una parte notevole è dedicata all'igiene e salute pubblica e riguarda studi ed opere profilattiche su: febbre gialla, malaria, anchilostomiasi ed altre malattie epidemiche, i contributi dati per i servizi locali di igiene (per l'Italia citiamo la contribuzione all'Istituto di Sanità pubblica in Roma) e per l'istruzione igienica.

Nel volume sono anche consegnati i resoconti delle altre sezioni: scienze mediche (sussidi per lo studio di particolari problemi), scienze naturali (zoologia, paleontologia, ecc.), scienze sociali e cultura umanistica. Complessivamente la Fondazione dispone di 205 milioni di dollari che vengono così utilizzati in benefiche opere in tutto il mondo.

fil.

F. LEONCINI. *La nuova legislazione penale italiana nei riflessi dell'esercizio medico professionale e della pratica medico-forense.* Appendice al Trattato di Medicina legale. Un vol. in-8° di 227 pag. F. Vallardi ed., Milano, 1933. Prezzo L. 40.

Il noto Trattato di Medicina legale di L. Borri, A. Cevidalli e F. Leoncini, pubblicato in quattro volumi dalla stessa Casa editrice conserva tuttora l'impronta dell'attualità per quanto riguarda la parte medico-scientifica. Sono invece variate di molto le premesse giuridiche dei vari problemi, in rapporto con il nuovo Codice penale italiano che ha notevolmente mutato l'orientamento delle vedute su vari argomenti.

Molto opportunamente quindi, il Prof. Leoncini pubblica questa appendice in cui riporta, con adatti commenti, le varie disposizioni che possono avere interesse per il medico. Molto interessanti per tutti sono i capitoli riguardanti la Deontologia medica, per i nuovi doveri e le nuove disposizioni (certificati medici, per i quali in caso di falso sono comminate pene fino ad un anno di reclusione; denunzia degli aborti, perizie medice, ecc.).

Le altre parti hanno soprattutto interesse medico-legale: imputabilità e responsabilità penale, nuova classificazione dei delinquenti, pericolosità criminale, delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe, contro la famiglia, la persona, ecc.

Le necessità di avere una perfetta conoscenza di tutte queste disposizioni e delle modalità di applicazione è evidente; ogni medico può trovarsi a curare un malato di mente, un venereo, un aborto, e l'ignoranza dei nuovi doveri che gli incombono può metterlo in una situazione imbarazzante e fargli correre dei gravi rischi. Il buon volume del Prof. Leoncini è, in questa materia, un consigliere fidato e sicuro.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 15 gennaio 1934.

Prof. SANGIORGI. — *Commemorazione di Roux e Calmette.*

La terapia del cancro dell'utero infetto.

Prof. D'ERCHIA. — Propone di sistematizzare l'ascesso di fissazione per evitare i fenomeni settici sia nelle cure con Radium che nelle cure chirurgiche del cancro dell'utero infetto.

La polipeptidemia nelle gravidanze complicate da lesioni renali.

Dott. G. SANNICANDRO. — Dallo studio sulla polipeptidemia e sull'indice polipeptidemico delle donne gravide affette da lesioni renali, l'O. ha tratto le seguenti conclusioni:

1) Nelle albuminurie gravidiche la polipeptidemia e l'indice polipeptidemico sono sempre notevolmente elevati molto probabilmente in relazione ad una insufficienza epatica.

2) Nelle nefriti complicanti la gravidanza invece mentre la polipeptidemia è costantemente elevata l'indice si aggira intorno a cifre di poco superiori alla norma. Per questa dissociazione fra polipeptidemia ed indice polipeptidemico, l'elevato tasso dell'azoto polipeptidemico è messo dall'O. in rapporto ad un'insufficienza renale.

Derivano da ciò conseguenze di valore dottrinario e pratico: dottrinario in quanto verrebbe in luce un disturbo del ricambio azotato nelle albuminurie gravidiche in rapporto ad una insufficienza epatica; ed uno pratico in quanto nel comportamento dell'indice di polipeptidemia si potrebbe intravedere un criterio diagnostico differenziale tra le diverse forme di lesioni renali complicanti la gravidanza almeno sino a quando esse rimangono pure.

Alterazioni postvaiuolose dell'iride.

Dott. ANTONIO RUSSO. — Dallo studio biomicroscopico delle iridi di 33 individui nella cui anamnesi remota esisteva il vaiuolo, l'O. ha trovato in 16 (48,50 % circa) delle alterazioni stromali e pigmentarie accompagnate, in 13 casi (39,50 % circa), da depositi di pigmento sulla superficie della cristalloide anteriore.

Le alterazioni dell'iride possono essere così raggruppate: 1) chiazze di atrofia circoscritta, prive di pigmento, escavate nello stroma, ora numerosissime e molto confluenti ora poche e lontane tra di loro (5 casi); 2) atrofia trabecolare ora più o meno lieve e a zone non delimitate, ora intensa e diffusa a tutta la membrana iridea (11 casi); 3) alterazioni più o meno notevoli del pigmento stromale presenti, sia pure a zone o da un solo lato, in tutti e 16 i casi.

Dopo una dettagliata descrizione dei singoli reperti biomicroscopici, l'O. ne discute il meccanismo patogenetico.

La emosiderosi cutanea.

Prof. G. SANNICANDRO. — Dopo aver accennato al meccanismo dell'intervento della cute all'immagazzinamento della emosiderina a seconda che si tratti di un processo emolitico generalizzato od esclusivamente cutaneo e dopo aver messo in rilievo la nozione della rete trofica reticolo-istiocitaria della cute per gli scambi di sostanze non diffusibili negli umori che bagnano i tessuti, tenta tratteggiare in base alla casistica personale la classificazione delle emosiderosi cutanee che divide in: 1) emosiderosi cutanea ed emosiderosi generalizzata; 2) emosiderosi cutanee essenziali, primitive; 3) emosiderosi combinate; 4) emosiderosi accidentali.

Il Segretario: D. GARGASOLE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Un caso di leishmaniosi interna in una bambina di 5 anni con ittero grave.

Dott. COSTANTINO PERRI
(Miglierina - Catanzaro).

La leishmaniosi interna, pseudoleucemia infantile infettiva, anemia splenica infantile o infettiva, descritta per la prima volta, nel 1880, dal Cardarelli, in seguito da Somma e Fede, si conobbe come vera malattia parassitaria per opera del Pianese che nel 1905 isolò, per primo, dagli organi di bambini, affetti da tale malattia, un parassita morfologicamente identico a quello scoperto dal Leishman nel Kala-azar in India.

Il Nicolle nel 1908 riuscì a Tunisi ad isolare e coltivare il parassita ed in seguito ne vennero descritti parecchi casi nel bacino del Mediterraneo dal Gabbi, Iemma, Feletti, ecc.

È inutile descrivere l'etiopatogenesi ancora non molto chiara, nè tanto sicura; pare che la trasmissione possa avvenire per mezzo delle pulci (Basile), delle cimici (Patton) e delle mosche (Cardamatis), ma nulla di sicuro v'è ancora ed il caso che sto per descrivere dimostra anche che, pur essendo la malattia di natura eminentemente infettiva, come tutte le malattie da parassiti, occorre anche che l'agente trovi il terreno adatto: quale esso sia nella malattia in parola, ancora non può dirsi, ma sarà certo quello di tutte le malattie trasmissibili per germi, e cioè, bisogna che il microrganismo patogeno trovi il terreno adatto al suo attecchimento, al suo sviluppo ed alla sua moltiplicazione. Infatti la bambina da me visitata dormiva con altre due sorelline più piccole di lei, in un unico letto, che a voler giudicare dalle lenzuola, di pulci e cimici ce ne dovevano essere a centinaia, di mosche poi nella stanzetta ce n'erano senza conto; oltre a tutto ciò le bambine mangiavano nella stessa scodella e non esitavano a prendere anche il cibo con le mani. Ebbene, con tutta questa promiscuità, sono ormai trascorsi più di due anni, le altre due bambine non hanno avuto nè hanno alcun segno di malattia, stanno proprio benissimo.

Se un caso non fa regola, pur tuttavia non bisogna disconoscere, di fronte alle incertezze che ancora regnano sulla trasmissibilità di detta malattia, che ogni caso ha la sua importanza, e ciò per indirizzare le ricerche in altro senso. E passiamo alla descrizione del caso:

Bambina R. P., di anni 5, figlia di contadini, nata a termine da parto fisiologico, non ha sofferto di alcuna malattia degna di nota, nè ha avuto i comuni esantemi della infanzia: ha i genitori viventi e sani, nè v'è nulla di importante nei parenti, nessun caso di sifilide e tubercolosi. La bambina si presenta con corporatura confacente alla sua età, muscoli ipotrofici e flaccidi, pelle un po' arida con leggera tinta sub-itterica, mucose visibili di colorito itterico comprese le sclerotiche. È dal marzo u. s. che la bambina ha dei rialzi termici serotini, che a giudicare da ciò che dicono i genitori, la temperatura deve arrivare sui 39°, la febbre viene con brividi, però non molto intensi, e cade con sudori anche non molto profusi. Io visito per la prima volta la bambina nell'ottobre 1931 e trovo: torace completamente libero; cuore nei limiti normali, si percepiscono però dei soffii anemici; addome un po' tumido con borborigmi ileo-cecali, inappetenza, anzi quasi ripugnanza per i cibi; fegato ingrossato, deborda quasi un dito dall'arco costale, di consistenza normale; milza molto ingrossata in tutti i suoi diametri, deborda tre centimetri dall'arcata costale, liscia, di consistenza aumentata, un po' dolente; nulla a carico del sistema nervoso.

Dato il comportamento della febbre ed i sintomi constatati faccio senz'altro diagnosi di malaria, e detta diagnosi mi veniva anche suggerita da un dato importantissimo e cioè, il padre mi fece presente che prima dell'attuale malattia aveva condotto seco la figlia per una giornata intera nella pianura di S. Eufemia ove la bambina aveva anche dormito, luogo questo allora eminentemente malarico. E la diagnosi di malaria mi spiegava tutti i sintomi descritti e momentaneamente nessuna altra diagnosi poteva farsi. Inizio così una cura antimalarica intensiva; chinina ed arsenico, passo poi all'esanofelina, continuo con plasmochinina e dopo arsichinina, ma con mia somma meraviglia, la bambina peggiorava giorno per giorno, i segni dell'anemia aumentavano, l'ittero era più intenso e la febbre, mentre prima si presentava più di rado ora invece incalzava sempre più; arrivava ai 40°-40°,5, non veniva più con freddo e cadeva con leggeri sudori, la milza aumentava sempre più di volume, il polo inferiore era arrivato sotto la linea ombelicale trasversa, il margine anteriore arrivava quasi sulla linea xifo-ombelicale e si confondeva con la piccola ala del fegato, anche quest'altro organo èra aumentato di volume, debordava circa 4 centimetri dall'arcata costale, il colorito della pelle, delle mucose visibili e specialmente delle sclerotiche era ora nettamente giallo-itterico; feci bianche e fetide; urina bruna; accentuazione dei soffi anemici sul cuore; la bambina quasi non si nutre più e sembra che debba finire da un momento all'altro.

Potevo pensare ad una vera cachessia malarica con ittero infettivo grave, ma la febbre, e il modo precipitoso con tutta la cura antimalarica, come la bambina andava peggiorando, mi fecero scartare, almeno momentaneamente, la diagnosi di malaria, e subordinavo un giusto responso al laboratorio.

Feci l'esame dell'urina e trovo degno di nota: P. S. 1022, colore bruno (terzo di Vogel), albumina 0,50 ‰, lieve ematuria: allestisco 4 strisci, 2 di sangue per la ricerca del plasmodio malarico e 2, quelli che mi premevano ora di più, con succo splenico, perchè, dopo quanto ho esposto pensavo proprio ad una leishmaniosi: faccio così fare l'analisi in mia presenza dei due primi strisci e non troviamo nulla di malaria, però sui preparati con succo splenico col Romanowski-Leishman si vedono subito una quantità enorme di Leishmanie intra- ed extra-cellulari. Ormai non ho più dubbi e quindi penso subito per la cura specifica. Nessuna preoccupazione per il rene e per il fegato, ormai il caso è disperato e debbo pensare alla malattia principale che, secondo me è anche poi causa di tutto. Il 5 dicembre comincio con l'iniettare, per via endovenosa, 2 cmc. della soluzione all'1 % di tartaro stibiato, ripeto l'iniezione con 3 cmc. il 7 dicembre e così di seguito, un giorno sì ed uno no, inietto fino a 5 cmc., poi pratico l'iniezione ogni tre giorni ed inietto in tutto 59 cmc. della suddetta soluzione.

Dopo la quinta iniezione la bambina comincia a presentare un leggero miglioramento, si nutrisce un po', la febbre scende a 39°, il colorito è anche un po' più chiaro.

Dopo due mesi dall'inizio della cura abbiamo: milza due dita trasverse sotto l'arcata costale; fegato normale, nessuna tinta itterica; urine normali; feci colorite e poco fetide; soffi anemici rari; temperatura normale; la bambina si nutrisce sufficientemente, gioca ed è allegra, nessuno direbbe ch'è la stessa di due mesi fa.

Rifaccio due strisci con succo splenico e questa volta, col Romanowski-Leishman, sono negativi, possiamo quindi dire che la bambina è già guarita, perciò prescrivo soltanto un po' di olio di fegato di merluzzo con qualche goccia di limone.

Sono ormai trascorsi due anni, ho voluto visitare accuratamente la bambina e l'ho trovata sanissima, nessuno potrebbe dire che è stata ammalata.

Mi piace descrivere il presente caso perchè nuovo ed anche molto interessante per le conclusioni.

Infatti la leishmaniosi interna porta alterazioni epatiche, ma non arriva mai ad un vero ittero grave; si dice che quando la malattia è in uno stato avanzatissimo la cura affretta la fine, mentre nel caso mio ha portato la guarigione; l'ittero grave guarisce con la stessa cura della malattia principale; circa la trasmissibilità nulla possiamo dire di certo; cosa ancora importantissima è che quando ci si trova di fronte ad un bambino, anche in un luogo malarico e nel bacino del Mediterraneo e quando la cura specifica non risponde, la febbre non ha tutti i caratteri della malaria e v'è anemia, piuttosto che pensare ad una cachessia malarica è bene ricordarsi della Leishmaniosi e fare l'analisi del succo splenico o del midollo delle ossa, cosa del resto molto semplice e priva di qualsiasi pericolo quando si osservano le dovute regole dell'asepsi e dell'antisepsi.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di leishmaniosi interna con ittero grave, scambiata prima per malaria, e poi guarita con la cura specifica di tartaro stibiato.

Fa rilevare l'alterazione epatica grave guarita senza altra cura; la trasmissibilità è incerta, la cura all'ultimo stadio della malattia può portare la guarigione, e richiama l'attenzione del medico sulla detta malattia, specialmente di coloro che abitano nel bacino del Mediterraneo.

Miglierina, 15 dicembre 1933-XII.

CASISTICA E TERAPIA.

Asma e tubercolosi.

A. Jacquelin, Fr. Joly e R. Ald'huy (*Bull. méd.*, 21 ott. 1933) pure riconoscendo un certo antagonismo fra asma e tubercolosi, ammettono che in certi casi possano coesistere (in 23 su 100 asmatici, hanno trovato la tubercolosi). Le diverse proporzioni date da altri AA. dipendono dal diverso criterio per ammettere la tubercolosi.

Generalmente, l'asma compare dopo l'arresto della tubercolosi specialmente di forma fibrosa, oppure può alternare con gli attacchi tubercolari. La tubercolosi è di solito di forma fibrosa, benigna, pauci- od abacillifera, con tendenza alle emottisi ed intensa reazione alla tubercolina.

L'asma che evolve su un terreno tubercoloso è grave, quasi continuo, poco sensibile alle consuete medicazioni.

Gli AA. ritengono che si tratti generalmente di un'asma banale, di cui la tubercolosi facilita la comparsa; più raramente l'infezione bacillare determina una sensibilizzazione specifica.

Per quanto riguarda la *terapia*, gli AA. osservano che l'asma di origine tubercolinica esige un tentativo di desensibilizzazione. Essi l'hanno tentata, nei loro casi, sia mediante delle cuti-reazioni quotidiane alla tubercolina, sia con l'antigene metilico (iniezioni sottocutanee ebdomadarie, a dosi debolissime e molto lentamente progressive), sia con dei dermovaccini antibacillari.

In 3 casi di asma dei tubercolosi ne hanno ottenuto la scomparsa ed in 5 un miglioramento notevole.

Si può anche usare la crisoterapia, con dosi quotidiane di crisalbina (1 cg.) per via endovenosa. È difficile dire se tale medicazione agi-

sca specificamente, ma è un fatto che è talvolta realmente efficace.

Quando non si possono usare tali mezzi (asma banale in vecchi tubercolosi) si è ridotti al trattamento dell'asma che è aleatorio.

Ad ogni modo, l'esistenza di una tubercolosi, anche fibrosa indica la prudenza nell'uso dello jodio e delle iniezioni di adrenalina, che possono sviluppare una simpaticotonia pericolosa.

È poi importante prevenire lo sviluppo dell'asma nei tubercolosi fibrosi stabilizzati; si deve quindi sconsigliare ad essi una sovralimentazione eccessiva, la sedentarietà che li portano all'obesità, alla insufficienza epatica ed alla diatesi di autointossicazione. Per questi individui, conviene un equilibrio nutritivo con consumi energetici accuratamente dosati, capaci di evitare i due poli opposti della morbosità umana; da un lato, la tubercolosi evolutiva e, dall'altro, l'autointossicazione diatesica, generatrice dell'asma e dei disturbi svariati di analoga patogenesi. *fil.*

Le balbuzie di origine respiratoria.

D. Scuri (*Il Valsalva*, ott. 1933) fa rilevare l'importanza delle alterazioni nel meccanismo funzionale respiratorio in rapporto con la etiopatogenesi ed il processo evolutivo delle balbuzie.

Tali balbuzie insorgono in individui predisposti ereditariamente alle lalopatie, dalla facile emotività, impulsivi e suggestionabili, che usufruiscono di una respirazione già potenzialmente anormale, irregolare nella frequenza, nel ritmo, nella scarsa profondità delle escursioni e presumibilmente, quindi, anche incoordinata.

La causa perturbatrice viene offerta da emozioni improvvise o traumi psichici, che alterano le parvenze di quell'equilibrio precario fra respirazione e linguaggio articolato. Anche la scuola, fucina di balbuzienti, è elemento causale non trascurabile.

L'inizio è subdolo e passa spesso inosservato, generalmente prima dei 7-8 anni di vita.

Si osservano in tali casi le seguenti alterazioni della funzionalità respiratoria:

1) maggior frequenza degli atti respiratori (22-34 al 1') che sono più superficiali (profondità ridotta del 50 %);

2) escursioni respiratorie brevissime (secondi 1,2/5 a 2, invece di 4 come nel normale);

3) non sono rispettate le pause respiratorie (la breve fra in- ed espirazione, la lunga dopo quest'ultima);

4) alterazione del normale rapporto fra in- ed espirazione che appaiono generalmente di uguale durata;

5) irregolarità nella successione degli atti respiratori, sia nel ritmo, sia nella frequenza, nei rapporti di durata, nella profondità;

6) intercisione nelle escursioni respiratorie;

7) accentuazione di tali anormalità a carico del tracciato costale inferiore;

8) prove irregolari nell'andamento dell'apnea volontaria, specialmente di quella inspiratoria.

Durante i periodi di fonesi, poi, le alterazioni a carico del meccanismo respiratorio si alterano in modo da non riconoscere più nessun accenno a ritmo, a normalità di frequenza, ecc.

Le grafiche dell'A. dimostrano ad evidenza tali alterazioni.

La pneumografia può pertanto permettere la diagnosi differenziale fra le forme di balbuzie e consigliare un intervento tempestivo che sarà tanto più utile quanto più precoce e meno stabilizzata la balbuzie.

Di fronte a forme incipienti di balbuzie, è quindi necessario non attendere il completo sviluppo fisico del bambino per ricorrere alla cura ortofonica, ma provvedervi in tempo.

fil.

Su l'actinomicosi polmonare e toracica.

Foltz e Canavero (*Archivio Italiano di Chirurgia*, settembre 1933, fasc. 6) illustrano un caso di actinomicosi primitiva bilaterale dei polmoni e con secondaria diffusione alle pareti toraciche, che hanno potuto seguire fino all'obitus studiandolo bene clinicamente e batteriologicamente prima, anatomo-patologicamente dopo. Si trattava dell'*actinomyces bovis*.

Gli AA. si oppongono alla classificazione in uso che considera una forma superficiale e una forma distruttiva; nella prima alla localizzazione bronchiale, caratterizzata da un'essudazione catarrale e muco-purulenta dell'albero bronchiale, conseguono fenomeni di peribronchite con formazioni di bronchiectasie, broncopolpolmoniti con formazioni di ascessi, e una polmonite essudativa interstiziale. Nella forma distruttiva invece dell'actimomicosi polmonare si ha tendenza alla fluidificazione purulenta e alla neoformazione di tessuto di granulazione della essudazione broncopolmonare, con conseguenti ampie distruzioni di tessuto polmonare, e con diffusione in seguito del processo alle pleure e alle pareti toraciche.

Invece, secondo gli AA., poichè in tutti i casi di actinomicosi polmonare descritti sia sotto forma di actinomicosi superficiale che di quella distruttiva, si hanno distruzioni più o meno ampie di tessuto polmonare, questo carattere non può essere considerato come carattere differenziale tra le due forme distinte dagli altri AA. Propongono perciò una nuova classificazione distinguendo una forma di actinomicosi polmonare, in cui il processo è solo a carico dei polmoni, e una forma di actinomicosi polmonare-toracica in cui sono interessate anche le pareti toraciche. Di questa seconda forma distinguono due tipi a seconda che la localizzazione sia primitiva del polmone, oppure della parete toracica. G. GENTILE.

La cura della pleurite siero-fibrinosa tubercolare.

G. Poix (*La Presse Médicale*, 11 ottobre 1933) osserva che il versamento, in questa forma di pleurite, tende a riassorbirsi dopo 3-4 settimane. Per la sua cura, dà i consigli seguenti:

Astenersi: dal vescicante (talora tossico, sporco, incomodo ed inutile); dal provocare disturbi dispeptici con la somministrazione di cloruro di calcio ad alte dosi, di salicilato di sodio e dei vari antitermici; dall'autosieroterapia, talora dannosa, sempre inefficace.

Nel periodo del versamento. Riposo assoluto in letto, sul lato affetto. Uso moderatissimo di antitermici, soltanto se la febbre, per la sua intensità, provoca disturbi. Contro il dolore puntorio, (rivulsivi, locali, ventose secche o scarificate, senapismi), eventualmente iniezione di morfina. Contro la tosse, sciroppo di codeina, 4-6 cucchiaini al giorno.

Alimentazione: latte e latticini, joghurt, creme, brodo di legumi con pasta, frutta cotta e cruda.

Contro il versamento, non intervenire con la toracentesi che se, per l'abbondanza, determina intensa dispnea, disturbi cardiaci con tendenza sincopale. Tener presente che l'evacuazione durante il periodo febbrile non impedisce la riproduzione, predispone alle aderenze e diminuisce i processi di difesa.

Se il versamento è abbondante o si accompagna a lesioni parenchimatose con integrità del polmone opposto, far seguire l'evacuazione dall'iniezione endopleurica di aria sterile (pneumosierosa).

La toracentesi non ha inconvenienti che se è praticata dopo il periodo febbrile, quando il versamento tende a riassorbirsi.

Nella convalescenza. Tener presente che non si tratta più di un pleuritico, ma di un tubercoloso iniziale. Riposo a letto per 12-14 ore la notte e sulla poltrona a sdraio per 2-4 ore al giorno; piccole passeggiate controllando il termometro ed il peso. Cura d'aria salvo nei tempi umidi e nella nebbia, proteggendosi contro il freddo. Nelle convalescenze prolungate, soggiorno in campagna od in stazioni climatiche.

Alimentazione sostanziosa (evitare la sovra-alimentazione) completata da 150 grammi, al giorno, di carne cruda di cavallo, in pillole zuccherate o nel brodo.

Frizioni alcooliche quotidiane su tutto il corpo, la sera; esercizi fisici.

Contro la deficienza dello stato generale, iniezioni di: cacodilato di sodio cg. 30; solf. stricnina mg. uno; acqua dist. cmc. 5. Per una fiala; una al giorno. *fil.*

Il trattamento del raffreddore.

Nonostante molti studi, il raffreddore rimane una malattia di origine oscura e poco accessibile alle cure. Il problema è oggetto di molte investigazioni agli Stati Uniti, dove recentemente H. S. Diehl (*Journ. amer. med. assoc.*, 23 dic. 1933) ha fatto una larga inchiesta in proposito sugli studenti universitari, a cui ha somministrato diversi medicamenti, rilevandone poi gli effetti. Lo studio è stato fatto su 262 casi di raffreddore acuto o cronico, 114 di influenza, 53 di faringite acuta.

Classificazione dei casi: 1) Raffreddore acuto; durata non maggiore di 4 giorni, con scarica sierosa dal naso, con o senza mal di gola, cefalea, febbre od altri sintomi; 2) Raffreddore subacuto o cronico con scarica mucopurulenta o con scarica sierosa di oltre 4 giorni; 3) Influenza, cioè infezioni acute del tratto respiratorio superiore, con cefalea, febbre, indolenzimento generale, ma senza scarica nasale; 4) Faringite, cioè mal di gola con o senza febbre ed altri sintomi, ma senza scarica nasale; 5) altre infezioni respiratorie acute.

I vari medicamenti usati furono gli oppiacei (morfina, codeina, papaverina, dilaudid, oppio in polvere, polvere del Dover), l'aspirina, sola o con fenacetina e caffeina, il bicarbonato di sodio.

In qualche caso, si ebbero alcuni effetti tossici dai rimedi: nausea, vertigini, languori o svenimenti, costipazione.

In complesso soltanto l'oppio ed alcuni alcaloidi derivati si sono mostrati di un certo valore nel trattamento del coriza. Un definito miglioramento si è avuto nel 74-78 % dei casi con la combinazione di papaverina e codeina, papaverina e dilaudid, papaverina e morfina. La prima sembra la più efficace e la più sicura (per un adulto di 68 kg., 16 mg. ana — una pastiglia al mattino, una alla sera e 3 nella notte; oppure 16 mg. di codeina, con 32 di papaverina, 1 al mattino, 1 alla sera e 2 di notte).

La morfina col dilaudid (cloruro di di-idromorfinone), da soli, hanno dato definito miglioramento nel 73 e 72 % (rispettivamente) dei casi, ma ognuno di tali medicamenti, da solo, è più tossico che combinato con la papaverina.

La codeina, la papaverina, l'oppio polverato sono stati seguiti da definito miglioramento nel 56-62 % dei casi. La codeina si è dimostrata tossica quanto la morfina.

La polvere del Dover, sebbene sia utile nel trattamento dei raffreddori acuti, non ha maggiori vantaggi che la stessa quantità di oppio senza ipeca.

Il bicarbonato di sodio, l'aspirina, da sola o con fenacetina e caffeina, danno praticamente gli stessi risultati che il lattosio dato come controllo (miglioramento definito nel 35-42 % dei casi).

Sembra che con l'uso della codeina-papaverina o della combinazione dilaudid-papaverina si possa ridurre il tempo perduto per il raffreddore acuto.

Nessuna influenza hanno i rimedi nei raffreddori subacuti e cronici, nella faringite e nell'influenza. *fil.*

NOTE DI DIETETICA.

Valore dietetico della sorbite nella cura del diabete

Il problema della dietetica del diabete zuccherino è sempre all'ordine del giorno. La sua soluzione resta il fattore fondamentale in questo disturbo nutritivo che interessa, anche nei casi più semplici, vari metabolismi oltre quello dei glucidi. È però la disglicogenesi che domina il problema dietetico, perchè è proprio essa di tutti gli elementi patogenetici il primitivo e il più evidente.

L'introduzione nel regime, di una razione idrocarbonata obbedisce a due direttive: l'una è la realizzazione di un equilibrio soddisfacente fra i tre ordini fondamentali di fattori alimentari; l'altra è l'apporto di una quantità sufficiente di calorie. Ammalati e medici cercano infine di soddisfare il gusto dando delle sostanze il cui sapore è dolce.

Obbedendo a queste diverse tendenze, si è cercato di introdurre nel regime del diabetico delle sostanze idrocarbonate di sapore zuccherino, possedenti un potere calorigeno forte e meglio assimilabili dall'organismo diabetico che il glucosio. Si è pensato così via via al levulosio o fruttosio, allo zucchero di canna polimerizzato, alla glicerina e all'ediosite.

Nel 1929 Tannhauser e Meyer proposero le sorbite, esaalcool derivato dal glucosio, e di questa la forma isomera destra. Tale sostanza si trova in varie frutta (pere, mele, nespole) ed ha un valore di 390 calorie per ogni 100 grammi di sorbite, cioè quasi uguale a quello del glucosio. Secondo questi AA. il 97 % della sorbite ingerita viene utilizzata ed il resto viene eliminato per le urine: si presta bene alla sintesi del glicogeno ed ha il vantaggio di non essere modificata dalla cottura.

Tali affermazioni degli AA. tedeschi sono state confermate da ricerche sperimentali di altri ricercatori i quali avrebbero constatato nei diabetici trattati con sorbite un notevole arricchimento in glicogeno delle cellule epatiche e per compenso una glicemia e glicosuria minori che dopo ingestione di glucosio.

A. Raybaud e A. Roche (*La Presse Médicale*, 31 gennaio 1934) hanno voluto controllare la verità delle affermazioni dei ricercatori tedeschi ed hanno praticato delle ricerche cliniche e sperimentali: hanno così potuto constatare come l'ingestione di sorbite nei diabetici non dia luogo a variazioni notevoli della glicosuria e della glicemia da quella che si ha con ingestione di glucosio: d'altra parte credono di poter escludere la trasformazione della sorbite in glicogeno.

Concludono quindi che la sorbite, pur avendo qualità di sapore che ne fanno un prodotto dietetico di sostituzione molto interessante, non può però essere considerato come rimpiazzante ideale del glucosio, inutilizzabile tanto meno quale *metodo di cura* del diabete zuccherino. G. La Cava.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'ormone del pigmento e sulle sue funzioni nell'uomo e nell'animale.

A. Jores (*Die Med. Welt*, 18 nov. 1933) ricorda come, tredici anni or sono, due autori americani isolassero nel lobo posteriore dell'ipofisi un ormone capace di dilatare i melanofori degli anfibii.

Identificato dapprima nella pituitrina, esso ne è stato ormai chiaramente separato: e la sua preparazione è resa facile dal fatto che esso è molto resistente agli alcali, mentre gli altri ormoni postipofisarii lo sono poco: Zondek l'ha battezzato « intermedin », perchè è prodotto dal lobo intermedio dell'ipofisi. Ma nell'uomo, dove questo lobo non esiste, l'ormone è prodotto dal lobo anteriore e precisamente dalle sue cellule basofile; lo si ritrova anche nel mesencefalo, e nella retina, dove giunge probabilmente per la via sanguigna; infatti esso è reperibile nel sangue, ed anche nel liquor.

Quali siano le sue funzioni nell'uomo non è ancora certo; sembra però che esso permetta l'adattamento della vista alla luce scarsa, e l'esperimento ha dimostrato che il buio aumenta il contenuto dell'ormone nell'occhio.

Non è dimostrato in alcun modo, invece, alcun rapporto tra l'azione dell'ormone e la pigmentazione cutaneo-mucosa della malattia di Addison.

Per ora quindi può dirsi soltanto che l'ormone del pigmento rappresenta il mezzo normale attraverso a cui agisce la luce, o meglio, l'oscurità. V. Serra.

VARIA

Radioterapia della filariosi.

Dopo anni di ricerche il medico giapponese Yamaguchi, del Collegio Medico Nagoya, è riuscito a trattare efficacemente la filariosi con i raggi X; occorrono 11-22 applicazioni, per uccidere le cellule germinative dell'elminto e impedire, per tal modo, la riproduzione di questo. Al tempo stesso l'indurimento dei vasi linfatici si riduce. In tutti i pazienti trattati si è ottenuta la guarigione compatibile con le lesioni già avvenute.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

U. Sperapani. *L'associazione Atebrino-Plasmochina nella cura delle recidive malariche.* — Riv. Ital. di Terapia, Napoli, 1933.

G. Guidone. *Contributo alla casistica ed alla terapia dei corpi estranei nelle vie digerenti.* — Tip. De Gaudio, Napoli, 1933.

S. Di Mauro. *L'autoemoterapia nelle forme croniche di malattie mentali.* — Tip. Studium, Napoli, 1933.

L. Savagnone. *Influenza del calcio sul contenuto in fibrinogeno del sangue.* — Tip. Osp. Benef., Palermo, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

DIVAGAZIONI

Le mance nei gabinetti medici.

Che i medici diano essi stessi delle gratificazioni ai loro domestici quando siano particolarmente soddisfatti del loro servizio, nulla di più naturale. Del resto i vantaggi di questa pratica non sono menomati da alcun inconveniente grave in quanto il medico dà ciò che vuole e quando vuole.

Altra cosa è l'usanza, che si è introdotta in questi ultimi tempi in molti ambienti medici, favorita da alcune particolari circostanze: l'uso cioè della gratificazione data dai clienti stessi.

Talvolta si tratta di un malato che visita il medico frequentemente ed a brevi intervalli di tempo, e che crede suo dovere di ringraziare così un servitore che non è il suo: nulla da dire in simili casi. Ma altre volte le cose si complicano: la mancia si dà per ottenere, in presenza di numerosi malati in sala d'aspetto, di essere introdotti più presto nel gabinetto del medico.

Oppure sono dei malati d'America o dell'Oriente, che fanno mostra del loro fasto con larghe gratificazioni, in seguito alle quali i camerieri si credono in dovere di quasi commiserare i clienti meno ricchi o meno generosi.

Queste usanze si ritrovano specialmente alla porta o dei grandi specialisti o dei medici dei grandi stabilimenti termali.

Quale dev'essere la linea di condotta del medico?

Rispetto ai suoi clienti, il medico ha da scegliere fra due vie: o tollerare queste mance o opporvisi. Se egli le tollera, senza dubbio egli troverà più facilmente dei domestici. Si saprà presto, nel mondo dei servitori, che il posto è buono e i candidati, anche seri, si presenteranno numerosi in caso di necessità. Questo vantaggio è innegabile, ma è neutralizzato da inconvenienti piuttosto spiacevoli. Anzitutto, almeno fino a quando l'usanza non sarà divenuta comune, molte persone (clienti, e specialmente colleghi) biasimeranno questa tolleranza, considerandola come un mezzo molto comodo per far pagare il proprio personale dagli stessi malati: e può darsi anche che alcuni clienti siano distolti dall'entrare in una porta che si apre soltanto a suon di moneta.

D'altra parte, se il medico tollera che si diano delle mance ai propri domestici, egli rischia di vedere considerato come supplemento del salario che egli paga questa remunerazione da parte di terzi. È già da molto tempo che la giurisprudenza ammette che se, nell'esplicazione di un servizio, un salario è indispensabile, non è necessario che esso sia pagato dal padrone stesso, purchè questi procuri al salariato il mezzo per ottenere una remunerazione da un terzo. È il caso classico dei camerieri d'albergo, ristorante o caffè, la cui unica o principale rimunerazione consiste nelle mancie dei clienti. (Oggi in Italia non è più così - *N. d. R.*).

Senza andar così lontano, la giurisprudenza considera che le parti incaricate di un servizio hanno inteso inglobare nel salario le gratificazioni dei clienti, quando nella professione e nella località determinate, queste gratificazioni sono imposte da un uso costante e quando in vista di esse, il salariato accetta dal suo padrone una remunerazione inferiore a quella delle persone che occupano un impiego analogo senza mance dai clienti. In conseguenza la legge aggiunge questi pagamenti dei clienti a quello del padrone, nel determinare il salario in base al quale si calcolano le indennità e la rendita.

Al medico conviene dunque, almeno sotto certi punti di vista, di non tollerare queste gratificazioni dei clienti.

In verità i mezzi per ottenere ciò non sono molti: le raccomandazioni verbali ai servitori non vengono a conoscenza dei clienti, e d'altra parte con quale occhio poco benevolo clienti e colleghi vedrebbero appesi alle pareti dell'ingresso o della sala d'aspetto, dei cartelli con la proibizione di dare mance, come se si fosse in un caffè o in un museo.

Restano le preghiere verbali, da fare sotto forma cortese ma ferma, ai clienti, chiedendo loro di non dare mance.

Del resto poco importa la soluzione adottata. L'importante è di manifestare la propria volontà di non autorizzare le mance.

(Così E. H. PERREAU in *Paris Médical*, 18 novembre 1933). G. LA CAVA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUI (*Alessandria*). — Posto di medico-chirurgo condotto per la zona suburbana della frazione Visone. Scadenza 23 maggio 1934. Stipendio annuo L. 7000, indennità mezzi di trasporto L. 1000, soggette a trattenute e riduzioni secondo legge. Chiedere bando di concorso alla Segreteria del Municipio di Acqui.

AVELLINO. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. ore 12 del 20 apr.; medico aiuto del dispensario antitubercolare; L. 7000 oltre L. 2100 serv. att., 4 quinquenni; età lim. 45 a. Sono vacanti anche due posti di assistente sanitaria visitatrice. Rivolgersi all'Ammin. Prov.

BRINDISI. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posti di ufficiale sanitario di Cisternino, Mesagne, Oria, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico. Stipendio L. 5000 per i primi tre Comuni; L. 3500 per gli altri due, al lordo delle ritenute e riduzioni di legge e con cinque aumenti quadriennali del decimo. Nessuna limitazione dell'esercizio professionale. Limite di età anni 45 salvo quanto è disposto dall'articolo 8 del R. Decreto 29 novembre 1925, n. 2266. Inviare documenti di rito e titoli alla R. Prefettura di Brindisi non più tardi del 25 aprile 1934-XII.

CAMPOLI APPENNINO (*Frosinone*). — Scad. 11 mar.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CIMINNA (*Palermo*). — Scad. 25 apr.; L. 9000 decurtate di tutte le ritenute e diminuzioni di cui alle leggi vigenti.

FIORENZUOLA D'ARDA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 15 maggio, ore 17; direttore-chirurgo primario dell'Ospedale Civile; età limite 45 a.; doc. a 3 mesi dal 10 feb.; tassa L. 50,10; stip. L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1700 serv. att. e c.-v.; riduz. 12 %; compartecipaz. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla segreteria dell'Ospedale (corso Garibaldi 17).

FOSSACESIA (*Chieti*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 8000 al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %, suscettibile di cinque aumenti quadriennali del decimo. Per l'indennità di cavalcatura sarà provveduto con deliberazione a parte. Indennità di Lire Cinque annue per ogni povero in più dei Cinquecento. Le domande e i documenti, l'elenco dei quali e relative modalità possono desumersi dal bando di concorso, da richiedersi alla Segreteria del Comune, dovranno pervenire alla Segreteria predetta non oltre l'otto marzo 1934-XII.

FROSINONE. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 12 mar.; direttore della Sezione dispensariale di Cassino; L. 12.000 e 10 aumenti 5 %; riduz. 12 %; età limite 35 a. al 1° feb.; tassa L. 50,10.

GENOVA. *Comune.* — Il numero dei posti a medico fuori ruolo dei Dispensari Comunali per le malattie veneree (v. fasc. 3) è aumentato da uno a due e la data di scadenza del concorso è prorogata al 31 marzo.

GENOVA-VOLTRI. *Ospedale S. Carlo.* — Scad. 27 feb.; primario medico; L. 6000 e 40 % proventi ambulatori.

GIUNGANO (*Salerno*). — Scad. 12 mar.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cavallo proprio; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 60.

GREVE (*Firenze*). — Scad. 20 apr.; L. 8000 e 8 trienni dec.

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posto di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Stipendio annuo iniziale L. 17.000 con cinque aumenti quadriennali del decimo fino a raggiungere il massimo di L. 25.500, oltre il supplemento di servizio attivo di annue L. 5000. Tali assegni sono al lordo dell'imposta di ricchezza mobile, della riduzione del 12 % e del contributo alla Cassa di Previdenza per i sanitari. Scadenza ore 14 del giorno 31 marzo 1934-XII. Obbligo della residenza fissa nel capoluogo. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Lecce.

LIDO DI VENEZIA. *Ospedale al Mare.* — Scad. 15 marzo, ore 18; 2 medici assistenti di medicina e 4 di chirurgia; età limite 30 anni; L. 10.000 soggette a ritenute; doc. a 3 mesi dal 1° febbr.; nomina e 3 conferme biennali. Chied. annunzio.

MARCARIA (*Mantova*). — Scad. 10 apr.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. mezzi di trasporto, c.-v., se uff. san. L. 1000.

MILANO. *Ospedale Fatebenefratelli-Fatebenesorelle « Ciceri-Agnesi ».* — Scad. 28 apr., ore 15; primario medico; titoli ed esami; L. 8000; età limite 45 a.; documenti a 3 mesi dal 28 gennaio. Chiedere avviso. Rivolgersi all'Ufficio Protocollo della Presidenza, via Fatebenefratelli, 9.

MOLFETTA (*Bari*). — Scad. 31 mar.; L. 9000, massimo L. 13.000, oltre indennità L. 1500.

MONTAPPONE (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 mar.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400-1700-2700 trasp., L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indenn. forese, L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Scadenza 15 marzo 1934-XII. Per titoli, posto di primario chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde 12 %); compartecipazione 40 % proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40; libera docenza patologia o clinica chirurgica; sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche universitarie od Ospedali oltre 500 letti; almeno dieci anni di laurea. Tassa concorso L. 50.10. Chiedere notizie e Capitolato alla Congregazione di Carità.

NETTUNO (*Roma*). — Scad. 15 apr.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., c.-v., addizionali L. 4 e L. 5 sopra i 1000 e 2000 poveri; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa. L. 50,10.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 mar., ore 17; primario della Divisione chirurgica maschile e femminile; L. 4000, esclusa qualsiasi indenn. c.-v., da decurtarsi del 12 %; tassa L. 50,10; età lim. 40 a. al 1° febbr.; doc. a 3 mesi dalla stessa data. Chiedere annunzio.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario consorziale pei Comuni di: Garlasco (sede), Alagna, Borgo S. Siro, Carbonara Ticino, Cava Manara, Dorno, Ferrera Erbognone, Groppello Cairoli, Mezzana Rabattone, Ottobiano, Pieve Albignola, Sannazzaro de' Burgondi, Scaldasole, Sommo, Tromello, Valeggio, Villanova d'Ardenghi, Zinasco e Zerbolò. Popolazione 47.000. Scadenza ore diciotto del 10 aprile 1934-XII. Stipendio L. 12.000, cinque aumenti quadriennali del decimo. Indennità

d'ispezione L. 4000. Obbligo dell'automobile con indennità di altre L. 4000. Diritti sanitari a norma di legge. Nessun altro compenso. Divieto esercizio professionale a Garlasco. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Per schiarimenti rivolgersi a Garlasco oppure presso l'Ufficio Sanitario della R. Prefettura di Pavia.

PIGNONE (*La Spezia*). — Scad. 31 mar.; L. 8200 e 10 bienni ventes.

PISA. *Ospedali Riuniti di S. Chiara*. — Scad. 24 febbr., ore 18; primario del 2° reparto chirurgo; L. 5500 oltre c.-v. e L. 1100 serv. att.; riduz. 12 %; nomina e conferme sessennali fino a 65 anni.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Posto di vice direttore Sanatori Popolari di Prasomaso. Per titoli ed esami consistenti in una prova clinica con interpretazione di radiografia e in una autopsia con epicrisi. Età non superiore ai 38 anni; documenti di rito; stipendio L. 11.200 (con cinque aumenti biennali del decimo) più indennità di carica di annue L. 4000 al lordo delle ritenute di legge, oltre la riduzione del 12 %; vitto ed alloggio *ad personam*. Domanda all'Amministrazione, via De Amicis 45-A, Milano, fino al 20 febbraio 1934.

REGGIO CAL. *Amministr. Prov.* — Scad. 20 mar.; assistente nella Sez. med.-micrograf. nel Laborat. prov. d'igiene e profilassi; età lim. 35 a.; L. 11.600 e quadrienni, oltre L. 2800 serv. att., ritenuta 12 %. Sono anche vacanti i posti di coadiutore e di assistente nella Sez. chimica.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — È indetto il concorso a 40 posti di tenente in S. P. E. nel Corpo Sanitario militare (ruolo ufficiali medici). Le norme sono pubblicate nella dispensa N. 5 (30 gennaio) del « Giornale Militare Ufficiale ». Scad. 60 giorni dal 9 gennaio.

ROMA. *Ministero delle Comuncazioni (Ferrovie dello Stato)*. — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Castelplanio, Ponte S. Giovanni (Ancona); Trani (Bari); Castel S. Pietro d'Emilia, Ferrara II, S. Ilario D'Enza, Stanghella (Bologna); Decimomannu, Siliqua (Cagliari); Prato I, Vaglia (Firenze); Benevento I (Foggia); Imperia, Oneglia (Genova); Chiavenna, Colico, Delebio, Dervio, Milano I, Milano II, Milano III, Milano IV, Niguarda, Novate Mezzola, Seriate, Valmadrera, Vanzago (Milano); Dugenta, Formia II, S. Giuseppe Vesuviano (Napoli); Aragona Caldare, Bolognetta, Lercara I, Lercara II, S. Carlo (Palermo); Arcola, Fornovo di Taro, Pietrasanta, Pontedera I, S. Miniato (Pisa); Bianconovo, Cosenza II (Reggio Calabria); Magliana, Montalto di Castro II, Palidoro, Pettorano sul Gizio, Pontegalera, S. Marinella, Sora, Venafro I (Roma); Cassano all'Ionio, Massafra (Taranto); Borgo Lavezzaro, Borgo Vercelli, Bricherasio, Canelli, Castagnole delle Lanze, Fara, Farigliano, Grignasco, Limone, Olevano, S. Giuseppe di Cairo, Valdigna d'Aosta, Vespolate (Torino); Povo, Rio di Pusteria (Trento); Aurisina, Giusaforte, Portole, Udine III (Trieste); Basiliano, Campodarsego, Lerino, Solagna (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 6 marzo 1934-XII.

ROMA. *Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica)*. — Scad. 30 giorni dal 3 febbraio; due assistenti medici nel Laboratorio di micrografia e batteriologia; titoli ed esami; bando di concorso nella « Gazz. Uff. » del 3 febbraio; informazioni presso le RR. Prefetture.

SANT'ANNA D'ALFAEDO (*Verona*). — Scad. 28 feb.; L. 10.000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 600 uff. san., L. 1000-2500-3000-4000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SANTA TERESA DI GALLURA (*Sassari*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., addizionale L. 5 sopra i 1000 poveri, trasp. L. 2500 (rivedibili); se uff. san. L. 800; età limite 35 a.; tassa L. 50.

SAVONA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 28 feb.; direttore del Consorzio e del Dispensario provinc.; L. 18.000 oltre L. 4000 serv. att., al lordo del 12 %; titoli ed esami. Chiedere notizie e capitolato alla Segreteria.

SERRA S. BRUNO (*Catanzaro*). — Scad. 22 feb.; due condotte; L. 7500 e 5 quadrienni dec., ritenuta 12 %; età lim. 45 a. al 24 gen.; tassa L. 50.

TORINO. *Comune*. — Scad. 3 mar.; 3 condotte; rivolgersi Municipio, Divisione Personale.

VIBO VALENTIA (*Catanzaro*). — Scad. 12 mar.; 2ª cond.; L. 6000 oltre L. 500 indenn. malaria, L. 300 idoneo mezzo di trasporto; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Rettifica. — Gli annunzi dei concorsi a medico condotto dei Comuni di Campolongo Maggiore (Venezia), Pulfero (Udine) e S. Margherita Ligure (Genova) ed a medici assistenti interni degli Istituti Ospitalieri di Milano — annunzi da noi riportati nei precedenti Nn. 4 e 5, dal « Bollettino Nazionale dei Concorsi e Impieghi » — sono da considerare come nulli e non avvenuti. Altrettanto viene comunicato da « L'Avvenire Sanitario » di Milano.

CONCORSI A PREMI.

Premio Nicola Pende 1934.

Il « Monitore di Endocrinologia » istituisce al nome di Nicola Pende un premio di L. 5.000 per la migliore laurea d'argomento endocrinologico.

La tesi dovrà essere stata svolta in una Università del Regno da studenti italiani di cittadinanza italiana.

Gli interessati dovranno inviare la tesi in triplice copia dattilografata, corredata dal certificato di cittadinanza italiana e d'iscrizione al 6° anno d'Università. Il termine di scadenza è, per l'anno accademico 1933-34, il 31 dicembre 1934, alle ore 18.

Dei componenti la commissione esaminatrice verrà data comunicazione nel 1° numero del « Monitore » del 1935.

Per schiarimenti e informazioni rivolgersi alla Direzione della Rivista: via dei Ramni 38, Roma.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Eugenio Centanni è nominato membro dell'Accademia Imperiale Tedesca Leopoldina Carolina di Halle. I nostri rallegramenti all'illustre studioso.

La Facoltà medica di Pisa ha chiamato il prof. Carlo Righetti, attualmente a Bari, alla cattedra di clinica chirurgica, quale successore del prof. Domenico Taddei ed ha affidato per quest'anno l'incarico dell'insegnamento al prof. Francesco Niosi, allievo del prof. A. Ceci.

La Congregazione di Carità di Teramo ha nominato direttore dell'Ospedale Psichiatrico il prof. Cesare Roncati, attuale primario nel Manicomio provinciale di Como.

Il dott. Donato Boccia è risultato, per concorso, primario del 2° servizio medico dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires.

Il premio argentino « Luis Güemes » per lavori di clinica medica è stato conferito al dott. Roque A. Izzo, professore supplente di semeiologia e propedeutica clinica alla Facoltà di Scienze mediche di Buenos Aires.

Il prof. Jules Gonin di Losanna (Svizzera) ha ricevuto la medaglia William Mackenzie dalla Reale Facoltà di medici e chirurgi di Glascow, in riconoscimento dei suoi contributi all'oftalmologia, specialmente sulla cura del distacco della retina.

Il dott. R. F. Guymer, di Surrey (Inghilterra), ha ricevuto il premio clinico Charles Hastings, conferito dall'Associazione Medica Britannica, per il suo studio: « La tonsillectomia: prima, durante e dopo ».

Alla cattedra di clinica chirurgica di Bucarest è stato chiamato il prof. M. Jacobovici, della Facoltà di Cluj, quale successore del compianto prof. Juvara.

Alla cattedra di dermatologia di Lipsia, quale successore di Rille, è stato chiamato, da Leida (Olanda), il prof. H. W. Siemens, allievo di v. Zumbusch (Monaco); egli si è specialmente occupato dell'eredità patologica. Siccome però la nomina non è stata approvata dal Commissario federale per la corporazione medica, è stata revocata.

NOTIZIE DIVERSE.

5° Congresso nazionale di microbiologia.

La Presidenza della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia indice il V Congresso Nazionale di Microbiologia in Cagliari, nei giorni 27-30 maggio. Saranno svolte le seguenti relazioni: G. Alessandrini (Roma), « Nuove vedute sulla biologia dei parassiti malarigeni »; P. Mino (Torino), « I gruppi sanguigni in clinica medica »; G. Orsi (Napoli), « Il batteriofago »; V. Rivera (Perugia), « I virus filtrabili nella patologia vegetale ». Al Congresso sono ammesse comunicazioni (non più di due per congressista) su argomenti inerenti alle relazioni ed anche su altri argomenti di microbiologia. Non sono accettate comunicazioni aventi carattere pubblicitario. Il testo delle comunicazioni, dattilografato, deve essere inviato entro il 15 marzo 1934 alla Segreteria della Società, via Darwin 20, Milano.

In occasione del Congresso saranno organizzate una o più gite nelle zone più caratteristiche della Sardegna.

La quota di partecipazione al Congresso è di Lit 25 e darà diritto al volume degli Atti ed alla partecipazione alle gite.

Avvenendo il Congresso in occasione della Primavera Sarda, i congressisti potranno usufruire dei ribassi ferroviari e marittimi concessi in tale occasione.

Congresso italiano di igiene e medicina coloniale.

L'Istituto superiore di Scienze sociali e politiche Cesare Alfieri di Firenze e la Società italiana di medicina e igiene coloniale si sono uniti per convocare in Napoli, nell'ottobre p. v., un congresso della specialità, costituente una delle Sezioni di una più vasta riunione, il II Congresso di studî coloniali.

Il convegno per la sua complessità, per la sua importanza, per l'intervento di un gran numero di studiosi, italiani e stranieri, promette di riuscire veramente una grande manifestazione scientifica.

Mentre si fa riserva di far conoscere i temi delle relazioni, coi nomi dei relatori, si comunica quanto sopra avvertendo che i sanitari italiani, i quali certamente vorranno intervenire numerosi alla riunione, potranno rivolgersi per chiarimenti alla sede della « Società di medicina e igiene coloniale » presso la clinica delle malattie tropicali e subtropicali, Policlinico Umberto I in Roma; di essa, come è noto, è presidente il nostro grande tropicalista sen. Castellani il cui nome è arra sicura della ottima riuscita del convegno.

Alla medesima Società saranno inviati i titoli delle comunicazioni che i medici italiani intendessero presentare, avvertendo che i titoli stessi dovranno essere inviati non oltre il 1° giugno p. v.

5° Congresso medico panamericano.

L'Associazione medica panamericana terrà il suo 5° congresso a bordo di un grande transatlantico, che toccherà varie repubbliche sudamericane e farà scalo a La Guiana il 9 marzo; alcune sessioni avranno luogo a Caracas. Sul piroscafo verrà organizzata una Esposizione di strumenti chirurgici, apparecchi medici e libri di medicina. La commissione organizzativa è presieduta dal dott. Miguel Ruiz; segretario generale ne è il dott. José Ignacio Baldó, Pan American Union, Washington D. C., S. U. d'A.

88° Congresso francese di pediatria.

L'Associazione francese di pediatria si adunerà a Parigi dal 9 all'11 luglio, sotto la presidenza del prof. Ombrédanne. Temi: « Patologia del diverticolo di Meckel »; « Ripercussioni delle influenze climatiche e delle variazioni meteoriche nella medicina infantile »; « I virus filtranti tubercolari nella patologia infantile ».

I soci sono membri di diritto del congresso: quota d'adesione per i non soci 100 franchi; per le mogli ed i figli dei congressisti 50 franchi.

Segretario generale: dott. Jean Cathala, rue Scheffer 45; tesoriere: dott. Marcel Fèvre, rue Léon Vaudoyer 3, Paris.

Congresso belga-olandese di neuro-psichiatria.

Era stato indetto un congresso belga di neurologia e psichiatria per la fine del settembre 1933; ma aderendo a un cortese invito della Società neerlandese di neurologia e psichiatria, il Comitato promotore è venuto nella decisione di tenere un congresso olando-belga, ad Amsterdam, dal 19 al 22 maggio 1934. Tema di psichiatria: « La struttura del pensiero schizofrenico nei rapporti con la mentalità arcaica e infantile », rel. K.-M. Bouman (Amsterdam); tema di neurologia: « Le sindromi neuro-anemiche », rel. P. van Gehuchten (Lovanio). Sono ammesse comunicazioni dagli aderenti. Per iscriversi, rivolgersi al dott. A. Leroy, rue Beeckman 18, Liége, Belgio.

Corso di medicina legale e assicurativa.

Presso l'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Roma (viale dell'Università 32) si svolgerà quest'anno il terzo corso trimestrale di « Cultura medico-legale » con speciale riguardo alle applicazioni della nuova legislazione penale ed alle questioni più urgenti di infortunistica e di assicurazioni sociali, sotto la direzione del prof. S. Ottolenghi. Gl'insegnamenti saranno impartiti dai proff. S. Ottolenghi, A. Ascarelli, A. Bellussi, A. Giannelli, B. Di Tullio, C. Giannini, I. Romanelli. Saranno tenute dimostrazioni pratiche, saranno fatte esercitazioni, oltre che nell'Istituto di Medicina Legale, nella Scuola Superiore di Polizia e in Istituti Clinici e di Assicurazioni sociali. Durante il corso si terranno conferenze su argomenti di polizia scientifica, criminalistica e assicurazione. Alla fine del corso saranno rilasciati certificati di frequenza anche per corsi singoli.

Il corso si inizia il 19 febbraio alle ore 17,30. L'iscrizione è libera. Possono iscriversi i laureati in medicina e chirurgia, i laureati in giurisprudenza, i magistrati, i funzionari di polizia, gli ufficiali dei RR. CC., gli ufficiali della M. V. S. N. e gli studenti universitari. Sono anche aperte iscrizioni a perfezionamenti speciali in alcune delle materie suddette, da raggiungere con esercitazioni e ricerche nei corrispondenti Istituti.

Il riordinamento delle Cliniche universitarie a Napoli.

Molto probabilmente e al più presto le cliniche di medicina e chirurgia di Napoli saranno trasferite nel fabbricato del grande ospedale già costruito nella zona Scudillo. L'ospedale, oltre ad un grande fabbricato per la direzione e l'amministrazione dei varî reparti già costruiti, per la lunghezza di centoventi metri, doveva essere costituito da 17 padiglioni capaci di 1300 letti. Fu decretata per la costruzione dell'ospedale nel 1927 la spesa di 40 milioni di lire, risultata insufficiente al compimento integrale dell'opera. Ora il Rettore magnifico della R. Università on. Salvi si sarebbe dichiarato in linea di massima favorevole al trasferimento delle cliniche. Si costruirebbe altresì un grande padiglione per gli studî del cancro, padiglione per il quale il sen. Giovanni Pascale, della Università partenopea, ha elargito con encomiabile gesto un milione di lire. In seguito a ciò verrebbero migliorati ed ampliati gli ospedali già esistenti in città e si potrebbero facilmente ampliare i locali dell'ospedale degli Incurabili abbattendo le vecchie case del rione Anticaglia ad esso limitrofe il che costituirebbe anche un'opera di bonifica.

Il sanatorio militare di Anzio.

Abbiamo già annunziato l'inaugurazione delle nuove costruzioni.

Il Sanatorio sorge su un'area di circa trecentomila metri quadrati ed è costituito da un imponente edificio centrale fiancheggiato da una serie di costruzioni minori che comprendono, secondo un grandioso piano organico, varî padiglioni per gli ammalati, per gli uffici e il soggiorno del personale sanitario addetto all'istituto, una grande torre-serbatoio per l'approvvigionamento idrico, una stazione centrale di lavanderia e disinfezione, uno stabilimento bagni, un impianto per la depurazione biologica con successivo trattamento al cloro delle acque di rifiuto, una azienda avicola, una fabbrica di ceramiche, il tutto sistemato nella cornice suggestiva di un parco allietato da una diecina di artistiche fontane erette agli incroci degli ombrosi viali.

Presso il nucleo dei nuovi fabbricati, ai quali Forestano di Fausto ha dato una nobile linea architettonica, sorge anche una piccola chiesa. L'edificio centrale ha la facciata verso il mare lunga circa 180 metri. Due scalinate marmoree portano nei piani superiori.

Lungo gli ampi corridoi dei due piani si allineano le camere « tipo Morelli » a quattro letti con pareti anteriori a vetrate, scorrevoli sulla veranda annessa. I solai delle verande sono in vetro-cemento, perchè non sia tolta la luce alle camere sottostanti. Sono stati usati i materiali più moderni, marmi, linoleum, cementite, metalli inalterabili.

L'arredamento è il più pratico ed il più solido: letti scorrevoli, sedie che sono strumenti di riposo e di cura, servizi igienici confortevoli, vasche da bagno, docce, ecc. Dovunque, poi, prese per la corrente elettrica, cuffie per radio, telefono, riscaldamento a piastre radenti, acqua calda e fredda.

La direzione generale di sanità militare ha voluto che il sanatorio, diretto sino dalla fondazione dal prof. Federigo Bocchetti, fosse dotato dei mezzi più perfetti creati dalla moderna industria scientifico-sanitaria. Tra l'altro l'Istituto comprende un laboratorio che ha sale di microbiologia, biochimica, istologia, microscopia, ematologia, ultramicroscopia, microfotografia, ed appositi locali per la preparazione, la sterilizzazione, la disinfezione e gli altri servizi tecnici.

Il Duce visitò la prima volta il sanatorio nel 1925; vi ritornò nel 1926 interessandosi della attività dell'istituzione che definì « opera che gli uomini devono aiutare e Dio benedire ».

L'Ospizio marino di Trapani.

Sorge di fronte al porto, sulla cosidetta isola della Zavorra. Si deve alla munificenza di un illuminato patrizio trapanese, il conte Sieri-Pepoli, ed è diretto dal dott. Giuseppe Maggio, allievo del Di Cristina.

Più che un ospizio, costituisce un ospedale per bambini. Consta di vari reparti: per lattanti, per divezzi, di chirurgia, di terapia fisica.

Il fabbricato — esteso e vario — è circondato da giardini e boschetti, ove i piccoli prendono svago ed eseguono esercizi fisici. L'estensione dell'isola, la vastità dei reparti, consentono anche di ospitare colonie marine, temporanee o permanenti.

Un lascito all'Università di Bologna.

S. E. il sen. Giuseppe Tanari, vice-presidente del Senato, morto a Firenze il 23 dicembre scorso, più che ottantenne, in aggiunta alle disposizioni testamentarie di carattere famigliare, ha lasciato la proprietà dei suoi beni mobili in parti uguali alla R. Università ed all'Istituto Superiore Agrario di Bologna, sua città natale.

La parte spettante alla Università costituirà una speciale Fondazione, amministrata dalla Cassa di Risparmio, e le rendite saranno erogate, a suo tempo, per l'acquisto di materiale scientifico per gabinetti e laboratori, contributi a studî, indagini, viaggi di istruzione, esperienze e libri anche per la Biblioteca universitaria.

Disagio economico negli Ospedali degli Stati Uniti.

L'« United Hospital Fund » degli Stati Uniti, il quale sovvenziona 56 ospedali, ha riferito sulla situazione finanziaria di 50 di essi, per l'ultimo anno finanziario; risulta che le spese sono state di dollari 26.359.674 e che gl'introiti ordinari e straordinari non hanno coperto per intero la somma, lasciando un deficit di dollari 4.553.995 (circa 60 milioni di lire it.); onde coprire la differenza, si chiedono contributi per pubblica sottoscrizione. Il deficit è dovuto per la massima parte ad aumento nel numero dei ricoverati gratis.

Un ospedale non potè pagare per 3 mesi le fatture e dovette tardare il pagamento degli stipendi.

Gli esami per la libera docenza negli Istituti d'istruzione superiore.

Con decreto 31 dicembre 1933-XII, il Ministro per l'Educazione Nazionale ha disposto che la sessione delle libere docenze per l'anno 1933, indetta con ordinanza del 20 gennaio 1933 e pubblicata nel bollettino ufficiale del Ministero, parte prima, n. 7 del 14 febbraio, sia prorogata al 15 maggio 1934.

A chiarimento di tale disposizione si aggiunge che per ordine del predetto Ministro la convocazione delle Commissioni avrà luogo dal 28 marzo al 5 maggio durante il periodo delle vacanze pasquali e delle manifestazioni sportive studentesche.

Aumento di studenti medici a Vienna.

Nel semestre invernale in corso le iscrizioni alla Facoltà medica di Vienna hanno raggiunto la cifra di 1500, contro 1200 del semestre estivo ora chiuso. Le aule sono divenute del tutto insufficienti. L'Istituto di medicina legale, che accoglie studenti di 1° e 2° anno, ha dovuto rimediare allestendo un'aula sussidiaria, con un altoparlante, il quale ripete la lezione del titolare, mentre un assistente esegue le dimostrazioni pratiche.

Le autorità accademiche hanno limitato molto le iscrizioni di stranieri, per dare la preferenza ai nazionali. L'affluenza si attribuisce al fatto che in altre professioni liberali la pletora è non meno grave e il disagio economico ancora più sentito che nella professione medica.

Per il prof. Devoto.

Il prof. Luigi Devoto ha ricevuto la seguente lettera:

Illustre Maestro,

Dal 1° gennaio 1934 è in vigore, per merito del Governo Fascista, una provvida legge: quella per l'assicurazione obbligatoria delle malattie professionali. Quali e quanti benefizi siano per derivare al Paese nostro sotto i vari aspetti: preventivo, curativo ed umano, Voi ben lo sapete.

Ma noi pure sappiamo che Voi da oltre trent'anni e precisamente fin dal 1901 da Pavia, col giornale « Il Lavoro », colla Vostra Clinica del Lavoro di Milano, la prima al mondo, come membro della Commissione Reale per le malattie professionali, vi adoperaste in ogni momento per l'attuazione in Italia di questa grande provvidenza che in tempi lontani trovò ostili ed indifferenti i Governi e tanti ceti del Paese. Nel rivolgere ancora una volta il nostro plauso riconoscente al Fascismo ed al Duce per questa riforma, giunga anche a Voi la parola plaudente degli allievi che, succedutisi presso di Voi nel giro di più che sei lustri, sono stati tutti insieme testimoni dell'opera Vostra sempre diretta a mettere il Paese nostro alla testa del movimento legislativo sociale a favore del lavoro italiano.

Firmati: proff. M. Ascoli, direttore della Clinica medica di Palermo; D. Cesa-Bianchi. direttore dell'Istituto di patologia medica di Milano; F. Perussia, direttore dell'Istituto di radiologia di Milano; L. Preti, Rettore dell'Università di Parma e direttore della Clinica medica; G. Izar, direttore della Clinica medica di Messina; M. Aresu, Rettore dell'Università di Cagliari e direttore della Clinica medica, e per la Società di medicina del lavoro; on. N. Castellino. direttore della Clinica del Lavoro di Napoli; L. Ferrannini, direttore della Clinica medica di Bari; G. Aiello, dell'Università di Milano.

Alla ripresa delle lezioni ufficiali, il prof. Devoto ha voluto ricordare sopratutto che Guido Baccelli è stato il primo Ministro italiano che ha tentato nel 1902 di organizzare in Italia l'assicurazione contro le malattie professionali. Lo spirito di Guido Baccelli deve esser lieto che la vagheggiata legge sia stata realizzata dal Governo di Mussolini.

Per il prof. Pende.

Dopo una conferenza tenuta a Bari dal neo senatore prof. Pende, l'illustre clinico, accompagnato dalla folla degli invitati. si recò al suo paese natio, Noicattaro, ove fu fatto segno ad una dimostrazione di profonda devozione da parte di tutta la cittadinanza. Al saluto portogli dal Segretario del Fascio, egli rispose con alato ringraziamento, incitando anche i giovani a insistere per rendersi degni dell'Italia rinnovata.

Un po' dovunque.

La Società italiana per il progresso delle scienze terrà la sua 23ª riunione a Napoli, nella seconda decade di ottobre. Segreteria: via del Collegio Romano 26, Roma (101).

La Società Internazionale d'Idrologia Medica si è adunata a Zurigo dal 28 gennaio al 2 febbraio.

Si è fondata a Parigi la « Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres » a cura dei direttori e primari degli ospedali privati della Francia e delle Colonie; è presieduta dal dott. Cathelin; organo ufficiale ne sarà il periodico « Archives Hospitalières ».

Si è costituita un'associazione romena contro il cancro. Il Consiglio amministrativo è formato dai proff. C. Daniel, G. Cerota, S. Nicolau e del dott. E. Gheorghiu.

Si è costituita un'associazione romena di urologia, sotto la presidenza del prof. Hortolomei.

La Sezione Regionale Lombarda della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi ha indetto una riunione straordinaria della Sezione al Sanatorio V. E. III in Garbagnate Milanese nella ricorrenza del decennio di fondazione dell'Istituto, per il giorno 21 aprile, Natale di Roma. Per il programma e per informazioni rivolgersi al Segretario Fiduciario della Sezione, prof. G. Ronzoni, Conca del Naviglio 45, Milano.

La Società Piemontese di Chirurgia si è adunata i giorni 23 dicembre, 6 gennaio e 20 gennaio sotto la presidenza del prof. O. Uffreduzzi. Furono fatte comunicazioni da C. Manca e D. Biolato, L. Stropeni, Croveri e Cucco, S. Millone e Picco, C. Bravet di Briga, F. Micheli e Stoppiani, Grégoire (Parigi), A. Turco, De Quervain (Berna), Uffreduzzi e Biancalana, L. Caporale, A. Bobbio e Zilocchi, M. Cattaneo.

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » si è adunata il 31 gennaio sotto la presidenza del prof. C. Cantieri. Furono fatte comunicazioni da C. Cantieri, A. Forleo, G. Ravalico.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 20 gennaio sotto la presidenza del prof. F. D'Alessandro. Furono fatte comunicazioni dai dottori Leni, Pistoni, Nicoli.

Varî corsi complementari e di perfezionamento sono organizzati presso la Facoltà di Medicina di Parigi, in tutti i rami della medicina (comprese la puericultura, l'educazione fisica, la medicina sperimentale e la medicina coloniale). Chiedere il programma al « Bureau des Relations médicales avec l'étranger », Salle Béclard, Faculté de Médecine, rue de l'École de Médecine, Paris (VIe).

A Columbus (Ohio, Stati Uniti) si è svolta una « settimana antitubercolare » dal 13 al 17 novembre, per cura della locale Accademia di medicina; si tennero lezioni cliniche, dimostrazioni e conferenze ai medici; l'Associazione sanatoriale dell'Ohio col concorso della Società tisiologica di Columbus, tenne un'adunanza nel « Franklin County Sanatorium », per discutere il tema « toracoplastica ».

Nella ricorrenza della « giornata navale » degli Stati Uniti, il 27 ottobre scorso, fu collocata a Filadelfia la prima pietra di un nuovo Ospedale Navale, capace di 650 letti e del costo preventivato di 3.200.000 dollari (40 milioni circa di lire it.). Parlarono l'ex-direttore del servizio sanitario navale e il direttore attuale, ammiragli medici C. E. Riggs e P. S. Rossiter.

Si è inaugurato a Parigi un Laboratorio di pedagogia vocale, dovuto alla signora Luigia Matka, che ha un'apprezzata scuola della voce. Alla cerimonia intervenne il direttore generale delle Belle Arti.

Il 2 gennaio si sono inaugurati due nuovi padiglioni all'Ospedale Rivadavia di Buenos Aires: uno è destinato agli ambulatori, l'altro ai laboratori ed alla morgue; quest'ultimo è stato costruito con fondi legati dal sig. Federico Garrigós.

Una delegazione di medici brasiliani, presieduta dal prof. Leonel Gonzaga, si è recata in Argentina per visitare e studiare le istituzioni scientifiche e gli stabilimenti ospedalieri.

Il Consiglio Internazionale di Oftalmologia ha pubblicato il volume « Indicia ad Oculorum Morbos Medicosque ad Oculis Pertinentia, Rationum in Modum Collecte »; esso contiene una gran quantità di dati relativi alla propria organizzazione, ai congressi internazionali di oftalmologia, alle società, riviste, ospedali, case di salute e servizi ospedalieri di oftalmologia, asili e scuole per ciechi, statistiche della cecità, biografie di oftalmologi defunti di recente.

La rivista « Croce Rossa » nell'anno XII appare completamente rinnovata, nell'indirizzo e nella sostanza; è molto ingrandita e copiosamente illustrata. Il primo numero si fregia di una prefazione del sen. Marchiafava, il quale rileva che il periodico diviene una palestra di studî scientifici e pratici, in relazione alle varie attività sociali della Croce Rossa in tempo di pace.

Il « Journal belge de gastro-entérologie », pubblicato da Georges Brouhée, Léon Daumerie e Joseph Massion, è organo della « Société belge de gastro-entérologie » (prezzo fr. 60 per il Belgio, 75 per l'Unione Postale).

La « Deutsche Medizinische Wochenschrift » è entrata nel suo 60°. anno di vita.

È di prossima pubblicazione « L'Année Médicale Pratique », diretto dal prof. Lian; consterà di 300 articoli brevi, classificati per ordine alfabetico, riguardanti le nuove conquiste nei varî rami della medicina. Prezzo ridotto per i sottoscrittori fino al 15 marzo (Francia e Colonie fr. 22.25; Unione Postale 24; altri Paesi 26; rivolgersi all'editore R. Lépine, r. d'Amsterdam 39, Paris, C. C. Postale 712.04 Parigi).

L'« Ispezione generale sanitaria » della Turchia, la quale ha sede presso il Ministero dell'interno ad Angora, informa che erroneamente i giornali hanno annunziato la richiesta o l'accettazione di medici stranieri da parte della Turchia. Affinchè gli stranieri possano esercitare in Turchia, devono percorrervi tutti gli studî medici, superare gli esami e acquistare la nazionalità turca. I medici stranieri dovrebbero dunque rifare sei anni di studî e nazionalizzarsi, ciò che è estremamente difficile e non può mai venire promesso.

Il Collegio dei medici del distretto di Bruxelles ha protestato contro l'ammissione dei non indigenti negli ospedali pubblici ed ha chiesto al Governatore del Brabante di adottare le misure necessarie.

Il governo romeno ha stabilito il monopolio della saccarina, allo scopo precipuo di limitarne l'enorme consumo e di ridurre l'importazione dalla Czecoslovacchia. I medici hanno elevato delle proteste contro il forte rincaro determinato dal monopolio, in quanto la saccarina viene impiegata per molte preparazioni farmaceutiche.

Si è reso un omaggio alla memoria del compianto laringologo argentino Luis Samengo; amici ed allievi si sono raccolti intorno alla sua tomba; parlarono i proff. Juan de la Cruz Correa e Delfino.

L'Accademia nazionale di medicina della Spagna ha destinato una delle sue sedute ad un omaggio al dott. Francisco Huertas y Barrero; l'elogio fu pronunziato dal prof. Marañon.

Il dott. Aldo Filippini — figlio del nostro carissimo compagno di lavoro dott. Azeglio, che tutta la famiglia medica italiana conosce ed apprezza — ha riportato un grave infortunio in uno scontro di autoveicoli. Per fortuna le conseguenze verranno riparate. Fervidi augurî di piena guarigione.

Un ex-infermiere dell'Ospedale di Cortona, Silvio Lorenzini, ha lasciato 20.000 lire al locale Asilo infantile

È stata presentata alla questura di Bologna una dettagliata denuncia sulla misteriosa scomparsa di tre tubetti di radium per l'importo di lire 33 mila dal laboratorio della clinica di Sant'Orsola. I tre tubetti erano stati installati nell'apparecchio adibito alle medicazioni. Quando il medico incaricato si recò a ritirarli ne constatò con viva sorpresa la sparizione.

Durante una partita di calcio a Pola, un giovane ventenne, colpito all'addome, riportò frattura multipla del fegato; all'Ospedale le ferite vennero immediatamente suturate; l'emorragia interna venne valutata in 3 litri. Per la trasfusione si prestarono lo stesso feritore ed un altro giocatore; si procedette anche ad un'auto-trasfusione: poterono così essere utilizzati 2230 cc. di sangue.

È morto a Edimburgo il reputato radiologo William H. Fowler. Egli fu vittima della professione: a causa di lesioni prodotte dai raggi X, dovette assoggettarsi alla disarticolazione del braccio destro.

Sir Donald MacAlister, morto a 79 anni, dapprima si era indirizzato alle matematiche, poi fu attratto dalla medicina. Presiedette la Sezione di matematica e di fisica alla Società Britannica. Chiamato ad un posto di responsabilità all'Università di Glascow, l'ha riorganizzata: ha fondato 20 nuove cattedre e fatto sorgere molti istituti; ha creato una Facoltà d'ingegneria civile. È noto anche per i suoi « Echos », raccolta di poesie tradotte da più lingue. M. P.

Indice alfabetico per materie.

Actinomicosi polmonare e toracica . . . Pag. 271
Anemia perniciosa: diagnosi e cura . . » 263
Angina pectoris e pancreas . . . . » 262
Arterie silviane: forme cliniche degli spasmi . . . . » 260
Asma e tubercolosi . . . . » 270
Balbuzie di origine respiratoria . . . . » 271
Bibliografia 265, 266
Bile umana: osservazioni bacteriologiche con particolare riguardo allo streptococco . . . . » 243
Cancro dell'utero infetto: terapia . . . » 268
Cute: emosiderosi . . . . » 268
Delinquenza minorile e rieducazione . . » 264
Diabete: valore dietetico della sorbite . . » 273
Ematoma sottodurale cronico post-traumatico . . . . » 261
Filariosi: radioterapia . . . . Pag. 273
Frattura viziosamente consolidata: trazione con filo . . . . » 247
Gabinetti medici: mance nei — . . . . . » 274
Gravidanze complicate da lesioni renali: polipeptidemia . . . . » 268
Iride: alterazioni post-vaiolose . . . . . » 268
Leishmaniosi interna con ittero grave . » 269
Linfatismo e costituzione . . . . » 255
Nervi in rigenerazione: esperienze . . . » 262
Ormone ipofisario del pigmento . . . . » 273
Pleurite siero-fibrinosa tubercolare: cura » 272
Portatori del bacillo di Eberth nelle endemie tifiche . . . . » 253
Raffreddore: trattamento . . . . » 272
Vitiligo epidemica . . . . » 259

C. Frugoni, Red. capo A. Pozzi, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 26 Febbraio 1934 - XII Num. 8

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lezioni: L. Ferrannini: Un caso di gastrite luetica ulcerata.
Lavori originali: A. Catterina: L'operazione di Bassini e i procedimenti di Brenner, Hackenbruch - Drüner, Schmieden e Kirschner.
Osservazioni cliniche: G. Trogu: La rachianestesia percainica nel taglio cesareo.
Biografie: S. De Sanctis: Enrico Tanzi.
Sunti e rassegne: ORGANI RESPIRATORI: A. R. Dochez, K. Miles e G. Kuceland: Malattie del tratto superiore delle vie respiratorie. Problemi connessi coll'etiologia e la profilassi. — A. Luisada: Della muscolatura bronco-polmonare. Sue alterazioni sistemiche in varie condizioni morbose. — J. A. Weinberg: L'olio iodato nella bronchiettasia, con uno studio di due casi dopo lobectomia. — Rabboni: Equilibrio elettrolitico nella tubercolosi polmonare curata col metodo Leotta. — Costantini e Curtillet: La posizione declive nella chirurgia delle suppurazioni polmonari. — MISCELLANEA: L. Alquier: L'ingrossamento delle gambe. — E. Loewenstein: La bacillemia tubercolare nelle malattie nervose.
Medicina sociale: Ch. Gernez: La lotta contro la tubercolosi nel quadro delle assicurazioni sociali.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Ospedale di S. Spirito in Sassia in Roma.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Il decorso delle malattie renali. — Alcuni dati clinici sul rene policistico. — Rottura traumatica di reni uronefrotici. — Un caso di rene con calici extrarenali. — Due casi di tumore della pelvi renale. — Diverticolo della pelvi renale. — La base farmacologica della terapia medicamentosa dello spasmo dell'uretere o della vescica e dei calcoli ureterali. — Un caso di piouraco. — L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA: Azione ipotensiva del veleno di cobra. — Le applicazioni terapeutiche del veleno del serpente. — Sulla cura della lebbra. — IGIENE: La febbre tifoide a Venezia. — MEDICINA SCIENTIFICA: Sull'azione antisettica delle soluzioni di acido cloridrico clorate. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Nella vita professionale: Servizi igienico-sanitari. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI BARI.

Un caso di gastrite luetica ulcerata (*).

Prof. L. FERRANNINI, direttore.

Non ha nulla di eccezionale la malattia di quest'infermo che presento oggi, ma dal punto di vista etiologico e terapeutico fornisce nozioni e si presta a considerazioni assai utili per la pratica.

Alt... Domenico, di anni 28, da Bari, coniugato, meccanico, è qui venuto dal 24 gennaio 1933 perchè non riesce a liberarsi di sofferenze gastriche che da quattr'anni l'affliggono.

Egli non ha nulla di patologico nella sua anamnesi familiare: a 17 anni ha contratto un'infezione blenorragica, della quale, a suo dire, è completamente guarito; a 22 anni ha sposato una donna apparentemente sana, tuttora vivente, la quale ha avuto due sole gravidanze ben condotte a termine con due figliuoli tuttora viventi e sani al dire dell'infermo; a 23 anni ha sofferto reumatismo articolare acuto che poi è recidivato dopo due anni. Nega la sifilide, non ostante che qui da noi la reazione di Wassermann sia riuscita nettamente positiva.

Da circa quattr'anni egli ha cominciato a soffrire di eruttazioni acide e pirosi, disturbi accentuantisi in seguito ad errori dietetici e che indicano una sofferenza gastrica costante ed ormai di lunga durata. Dopo qualche mese dalla comparsa di tali disturbi è sopravvenuto anche il vomito, insorgente saltuariamente un paio d'ore dopo i pasti, e costituito prevalentemente da liquido di colorito giallo-verdastro schiumoso con sapore fortemente acre, contenente residui alimentari, pare sempre senza sangue, mentre sarebbe stato notato sangue talvolta nelle feci. L'infermo riferisce poi che due anni or sono, di sera, circa un paio d'ore dopo che aveva terminato la sua cena abituale, è stato assalito improvvisamente da un violento dolore all'angolo epigastrico, che si è calmato dopo ingestione di bevande alcaline. Da quella sera pare che l'infermo non abbia avuto più tregua. Pur avendo smesso di bere vino e di fumare — egli era stato in precedenza discreto bevitore e fumatore — perchè aveva constatato che i disturbi suddescritti aumentavano dopo che aveva bevuto vino o fumato, spesso al mattino viene tuttora assalito da dolori violenti alla regione epigastrica, simili a crampi irradiantisi ai lombi, che si calmano soltanto dopo ingestione di cibo, per

(*) Lezione clinica raccolta e riassunta dal dott. ALFREDO FERRANNINI.

ricomparire dopo circa quattr'ore. Un medico gli ha prescritto delle cure medicamentose e dietetiche, dalle quali egli ha tratto un relativo beneficio: però ha notato che ogni qualvolta sospende queste cure, i disturbi riprendono più intensi.

Dispepsia vomito dolore epigastrico, dunque, costituiscono la sindrome subiettivo-funzionale di quest'infermo e persistono da vecchia data.

I fenomeni dispeptici, che hanno aperto la scena, hanno ben poco di caratteristico: dimostrano un'iperacidità ed uno stato di facile irritabilità dello stomaco che noi desumiamo dal racconto dell'infermo specialmente per quanto riguarda il primo periodo delle sue sofferenze, ma che non corrisponde più allo stato di fatto odierno. Infatti ora al mattino a digiuno e dopo lavanda della sera precedente, non ostante ripetuti tentativi, non è stato possibile estrarre succo dallo stomaco. Questo fatto concorda con quanto abbiamo ottenuto in seguito ad iniezione sottocutanea d'istamina: infatti 15' dopo l'iniezione si sono potuti raccogliere 54 cmc. di succo gastrico in cui l'acido cloridrico libero era assente, l'acido cloridrico combinato era presente in tracce, l'acidità totale era 0,292 per ‰: dopo 30 se ne sono raccolti altri 35 cmc. nei quali tanto l'acido cloridrico libero quanto quello combinato erano assenti e l'acidità totale era 0,255 ‰: dopo 45' ne sono stati estratti ancora 4 cmc. e dopo 60' altri 3. L'acido lattico è stato sempre assente. Nel sedimento si son trovate cellule epiteliali, qualche eritrocito, qualche leucocito. Vi è dunque ora sicuramente una notevole deficienza del potere secernente dello stomaco.

C'è da ritenere che, per il progressivo evolversi della malattia, alla fase iperacida od iperpeptica ne sia seguita una ipoacida od ipopeptica e che quindi le condizioni della mucosa secernente siano passate da un periodo di iperattività ad uno di ipoattività che potrebbe fare ammettere uno stato di esaurimento o di atrofia.

Il vomito non può avere un'importanza speciale ed il nostro malato non ha vomitato molto spesso durante i quattr'anni delle sue sofferenze. Il vomito è stato in rapporto con l'intensità delle altre sofferenze, è fatto da liquido più o meno acido e da residui alimentari in via di digestione più o meno inoltrata, sempre senza sangue. Anche qui la ricerca perfino delle minime quantità di sangue nel contenuto gastrico e nelle feci, fatta con ogni cura e dopo di aver tenuto per 2-3 giorni l'infermo ad un'alimentazione priva di elementi di sangue e specialmente di carne, è riuscita negativa. Mostro qui la reazione dell'ossidasi appena leggermente positiva nel contenuto gastrico in cui la ricerca dell'emoglobina è riuscita sempre negativa. In queste circostanze, essendo cioè risultata negativa la ricerca dell'emoglobina, la leggera positività della reazione dell'ossidasi ha scarsa importanza perchè può esser data non solo dal sangue ma anche da ogni altra sostanza avente azione riducente.

Ma il fatto più importante è costituito dai dolori gastrici tuttora esistenti ed in qualche rapporto, certo con i disordini dispeptici e con il vomito di cui ho detto, specialmente per il periodo di iperacidità, ma anche con caratteri speciali di tempo e di luogo.

Questi dolori, infatti, insorgono ad una distanza più o meno breve dai pasti, si hanno sempre in un determinato punto sia spontaneamente sia alla pressione, e di là s'irradiano in un modo speciale verso il dorso e talvolta anche a cintura. Son dolori che anche si mitigano in circostanze speciali, soprattutto in rapporto con i pasti ed anche quando l'infermo assume speciali posizioni che allontanano il contenuto gastrico dal punto dolente, o — almeno per il passato — quando il paziente ingerisce degli alcalini od anche quando per effetto del vomito lo stomaco si vuota.

È questo dolore, con i suoi speciali rapporti di sede e di tempo ed anche per le sue modalità, che fà sospettare nel nostro infermo un processo ulcerativo, che è perfettamente confermato o per lo meno non contradetto da quanto ho già esposto nei riguardi della dispepsia e del vomito.

Non è in contrasto con un processo ulcerativo dello stomaco lo stato attuale del chimismo gastrico del nostro infermo. Generalmente nell'ulcera gastrica è molto frequente l'ipercloridria ma non è affatto costante, e nell'ulcera duodenale assai spesso il chimismo gastrico non è alterato. Ma se in generale il contenuto gastrico nei processi ulcerativi dello stomaco è non solo iperacido ma anche ipercloridrico, lo è d'ordinario tanto meno per quanto più ci si allontana dal periodo d'inizio della malattia quindi per quanto più la malattia è progredita, e nel nostro infermo son già passati quattr'anni dall'inizio delle sue sofferenze: è quel che ho detto poco fa, cioè che ad un primo periodo d'iperattività secernente della mucosa gastrica ne segue un secondo di esaurimento o di ipoattività.

Neppure l'assenza di sangue nel contenuto gastrico e nelle feci costituisce seria difficoltà per ammettere un processo ulcerativo dello stomaco, giacchè non arriva neppure ad escludere la possibilità di emorragie tanto nello stomaco quanto nell'intestino. L'emorragia non è un fenomeno costante persistente continuativo ininterrotto nei processi ulcerativi! non è che un'ulcera debba dar sangue in continuazione ed in tutti i momenti. E quando si produce un'emissione di sangue anche imponente per via gastrica o rettale, se poi si lava lo stomaco rispettivamente o l'intestino o passano semplicemente 2-3 giorni senza che la superficie ulcerata sanguini, nel contenuto gastrico e nelle feci non si trova affatto sangue: basta, dun-

que, che l'emorragia si arresti per qualche giorno, perchè la ricerca del sangue nel contenuto gastrico e nelle feci riesca negativa, ad onta dei reattivi più sensibili e di ogni impegno messo per ricercare le emorragie occulte. Nessuna meraviglia dunque, se in un individuo con ulcera dello stomaco o del duodeno non si trovino neppur tracce di sangue nel contenuto gastrico e nelle feci.

Speciali artifizi sono stati proposti non solo per svelare le emorragie occulte ma anche per stabilirne la sede in rapporto con la distinzione dell'ulcera gastrica o duodenale ed anche della precisa localizzazione dell'ulcera gastrica.

Si consiglia di lavare lo stomaco con una soluzione 1 % di acido acetico, la quale facendo contrarre e chiudere il piloro, esclude il duodeno: e, specialmente se si fa successivamente decombere l'infermo in posizioni diverse, lava quasi lo stomaco, ne discioglie il molto o poco sangue eventualmente presente, e si presta quindi, dopo estrazione, per la dimostrazione dei caratteristici cristalli di emina. Questo procedimento fino ad un certo punto potrebbe servire per distinguere un'emorragia gastrica da una duodenale: dico fino ad un certo punto, perchè non è detto che quando il piloro si chiude sotto lo stimolo dell'acido acetico non abbia potuto già prima aver fatto passare del sangue dal duodeno nello stomaco in cui potrebbe esser pervenuto già prima della soluzione acetica.

Einhorn, che ha molta passione per i procedimenti meccanici, consiglia invece d'introdurre nello stomaco un'oliva attaccata ad un fil di seta che per l'altro capo si fissa all'orecchio del paziente, e di ritirarlo dopo alcune ore con garbo per vedere su che punto esso presenta una macchia più o meno bluastra dovuta al sangue con cui è venuto in contatto e quindi riferibile al punto in cui il filo ha toccato la superficie ulcerata, calcolando che a 40 cm. di distanza dall'arcata dentaria si è a livello del cardias, a 44-45 più giù sulla piccola curvatura, verso i 50-53 all'antro pilorico od al piloro, al di là nel duodeno. Loro comprendono il valore molto problematico di queste cifre già approssimative, valore problematico rispetto al decorso del filo, alla posizione del filo che è poi sempre un filo di seta e non di ferro che si mantiene rigido e non si attorciglia e non devia, ed anche in rapporto alla volumetria ed alla topografia dello stomaco che può essere ingrandito od impiccolito abbassato o rimasto nella sua posizione normale. Son cifre, quindi, da prendersi *cum grano salis* quelle fornite da Einhorn: e tutto questo non può servire come criterio, per lo meno unico di diagnosi di sede.

Bisogna, d'altronde, intendersi sul valore di queste piccole emorragie e di certi artifizi. Fintanto che si tratti di un'emorragia di una certa entità, di una vera ematemesi insomma specialmente poi se anche più o meno spontanea, tutto va bene, almeno fino ad un certo punto: ma quando si tratta di piccole emorragie, delle famose emorragie occulte, consideriamo quanta parte di questa piccola quantità di sangue, di questa goccia di sangue, non possa esser dovuta alle manovre cui noi ricorriamo per attingere il contenuto gastrico od allo sforzo del vomito, od a qualche altro fattore irritativo che agisce lungo l'esofago od anche nel retrobocca: ed allora vedano che, dopo di esserci affannati tanto per ricercare queste emorragie occulte con tanta diligenza e dopo che ci siamo perfino preoccupati di ricorrere a metodi specialissimi per localizzare il punto sanguinante, non possiamo ricavarne nessun dato sicuro per una diagnosi sicura.

Rimane il criterio grossolano o sommario dell'ematemesi e del melena per localizzare il processo ulcerativo rispettivamente nello stomaco o nel duodeno, criterio applicabile in alcuni casi soltanto che non sono neppure i più. In un individuo, nel quale si sia avuto ripetutamente melena e ripetutamente non si sia trovata traccia di sangue nel contenuto gastrico, è chiaro che il sangue non può venire dallo stomaco ed il processo ulcerativo non può essere dello stomaco: come in un individuo, nel quale si siano avute parecchie ematemesi mentre la ricerca del sangue nelle feci è riuscita sempre negativa, è chiaro che il sangue debba provenire dallo stomaco e che quivi ha sede il processo ulcerativo. Ma questi due esempi sono gli estremi opposti di tutta la lunga serie di quelli che possono capitare, e non sono neppure i più frequenti ne la pratica ordinaria, per cui ben raramente può assisterci questo criterio. E considerino anche un'evenienza, alla quale ho già accennato, e che assai spesso infirma questo criterio discriminativo. Molto facilmente il sangue dal duodeno può passare nello stomaco: basta che il piloro permetta questo passaggio, per il quale non occorre che esso sia insufficiente, basta che sia per lo meno facilmente attraversabile: basta che si abbiano facilmente dei movimenti antiperistaltici dal duodeno verso lo stomaco, perchè sangue del duodeno possa arrivare e trovarsi nello stomaco. E viceversa, basta che non ci sia una stenosi pilorica, che non ci sia insomma una difficoltà notevole per lo scarico del contenuto gastrico nel duodeno perchè il sangue dallo stomaco possa passare nel duodeno nell'intestino nelle feci. Spesso quindi può accadere che il sangue proveniente da una lesione ulcerativa ovunque situata nel tratto gastro-duodenale, si riscontri tanto ne le feci quanto nel contenuto gastrico.

Non fornisce forse migliori criteri localizzatori il dolore.

Comunemente si ritiene che il dolore dell'ulcera del cardias o della piccola curvatura sia un dolore precoce che insorge a breve distanza

dall'ingestione dei cibi mentre il dolore di un'ulcera pre-pilorica o pilorica o post-pilorica sia un dolore tardivo che s'inizia dopo alcun tempo dall'ingestione dei cibi; e si arriva perfino ad assegnare dei termini d'orario, ritenendo il dolore che insorge dopo tre ore dall'ingestione dei cibi indice di un'ulcera duodenale ed il dolore che insorge dopo una mezz'ora dall'ingestione stessa come indice di un'ulcera del cardias o del primo tratto della piccola curvatura. Tutto questo da un punto di vista teorico, in base al percorso più o meno lungo che i cibi debbon fare per giungere al punto ulcerato, va: ma riflettano un po' quante circostanze accessorie possono guastare questo piano e si convincano che questa distinzione di orario non ha un valore molto sicuro. Il dolore, che intervenga più o meno tardi o più o meno presto, dipende non soltanto dalla localizzazione del processo ulcerativo ma anche e soprattutto dalla tonicità e specialmente dalla tonicità delle pareti gastriche, dipende inoltre pure dalla particolare pervietà o meno del piloro, dalla posizione dello stomaco, posizione per se stessa considerata e posizione in rapporto con il decubito o la stazione in cui l'infermo si trova. Come vedono intervengono tanti e tali fattori secondari, che ci affideremmo male se ci affidassimo soltanto a questo criterio-orario per localizzare un processo ulcerativo dello stomaco o del duodeno.

Ancora nei riguardi della sede del dolore sono stati indicati numerosi punti nella metà sopra-ombelicale dell'addome e specialmente nella sua parte centrale, e riferiti, oltre che ai diversi tratti dello stomaco, anche alla cistifellea, al fegato, al pancreas, al rene; e questa localizzazione di punti dolorosi è così fitta e complessa che io sfiderei chiunque a giurare che, dato un punto doloroso, quel punto corrisponde proprio a quel tale organo cui è stato riferito. Oltre a questo, tengano presente un'altra difficoltà: noi stabiliamo tutta questa topografia di punti riferendoci alla topografia normale degli organi: ma se per poco questi organi si modificano per sede o per volume, tutta questa topografia se ne va per aria e serve allora forse più a confondere che ad indirizzar bene.

Quanto al vomito appena si può dire, ed in modo molto generale, che il vomito si ha più facilmente in chi ha un'ulcera gastrica e più difficilmente in chi ha un'ulcera duodenale.

Ho ragionato finora solo in base all'anamnesi ed ai disturbi subiettivi funzionali, senza ancor fare l'esame obiettivo dell'infermo. È, infatti, risaputo, che la diagnosi dell'ulcera gastro-duodenale si fa soprattutto in base all'anamnesi ed ai disturbi subiettivi dell'infermo, e che poco può per essa fornire l'esame obiettivo fisico. Questo invece, specialmente per la parte radiologica, può molto contribuire alla diagnosi di sede del processo ulcerativo, per la quale, come ho detto e dimostrato, la sintomatologia subiettivo-funzionale non può fornire gran che.

Il nostro infermo, che è un normo-tipo, dal punto di vista dell'esame generale presenta d'importante soltanto piccoli ingorghi delle glandole linfatiche latero-cervicali epitrocleari ed inguinali, che sono spostabili ed indolenti. Egli ha però un doppio vizio mitralico prevalentemente insufficienza, ben compensato e del quale oggi non mi occuperò affatto: tanto esso non può avere alcun rapporto col processo ulcerativo, del quale ci occupiamo.

L'ispezione dell'addome, e particolarmente della regione epigastrica, non fa rilevare alcun che di abnorme. Con la palpazione dell'addome si provoca vivo dolore in una piccola zona situata lateralmente al margine esterno del muscolo retto di destra circa due dita trasverse al di sopra della cicatrice ombelicale. Questo dolore, che per sede corrisponde al dolore spontaneo di cui ho detto prima, s'irradia ancor esso posteriormente verso le prime vertebre lombari. Inoltre qui abbiamo una sindrome dolorifica aderenziale clinicamente classica: questo soggetto infatti avverte dolori dal lato opposto a quello su cui egli decombe, dolori che son dovuti non alla compressione ma alla trazione determinata dalla giacitura: abbiamo, dunque, clinicamente una periviscerite. Con la percussione ascoltata, eseguita in decubito supino ed a digiuno, i limiti dell'aja gastrica sono i seguenti: in alto alla sesta costola, in basso quasi alla linea trasverso-iliaca, a sinistra all'ascellare anteriore, a destra alla costo-pubica di destra: per cui possiamo concludere che lo stomaco è modicamente ectasico e ptosico.

Ma più importante è il reperto radiologico, che possiamo dire classico sebbene in esso manchi qualche nota interessante. L'indagine radiologica del tubo digerente, eseguita il 5 febbraio, ha fatto rilevare (v. fig. I) uno stomaco abbassato e lievemente estasico con peristalsi vivace ed intermittente. I contorni gastrici, sia della grande che della piccola curvatura, normali. Il piloro è spastico, ma pervio; il bulbo duodenale rimpicciolito e dolente alla palpazione radioscopica. A breve distanza di tempo si osserva che piccole quantità di bario vengono depositate nel tenue. Il bulbo è apparso sempre piccolo piuttosto deformato ed alquanto spostato verso l'alto. Spasmo a carico della pars pilorica. Il lume dell'antro pilorico è rimasto a lungo ridotto rispetto alle dimensioni degli altri segmenti dello stomaco, esso inoltre è apparso a contorno dentellato come retratto ed increspato. Dopo un'ora dall'ingestione del bario lo stomaco si è vuotato di circa due terzi mentre permanevano iniettati il bulbo e la parte discendente del duodeno. Lo svuotamento gastrico completo si compie in meno di due ore.

Come hanno visto dall'immagine radiologica dello stomaco di questo infermo e come

hanno ascoltato dalla relazione del radiologo, qui non vi è nessuna nicchia, nessuna immagine diverticolare ma ci sono tutti i segni di uno stomaco ipercinetico, spastico. Questo stomaco si svuota infatti molto rapidamente in modo che dopo due ore dalla somministrazione del pasto di bario non ne rimane nello stomaco nessuna traccia. Per effetto di questa ipercinesi lo stomaco assume nei diversi periodi delle figure diverse e soprattutto mostra una certa irregolarità di contorni, che può essere

FIG. 1.

attribuita, anzi deve essere attribuita sicuramente, in parte ad aderenze ma in gran parte al fatto spastico, alle contrazioni energiche ed anche irregolari di questo stomaco. Insisto su questo fatto anche per un particolare speciale di questo infermo, per il fatto cioè che in esso si ha questa ipercinesi gastrica ad onta che manchi l'ipercloridria, ad onta che questo sia uno stomaco completamente anacloridrico. Quindi non si può ritenere che questa ipercinesi sia stata provocata o stimolata od aggravata dalla irritazione che il succo gastrico iperacido od anche semplicemente acido produce sulla mucosa e sulle pareti dello stomaco. Possiamo quindi dire che qui si tratta di una ipercinesi autoctona, autonoma non dovuta cioè a disturbi derivanti dalla secrezione gastrica. Che in qualche caso manchino le immagini diverticolari o le nicchie di Haudeck, che manchino proprio delle incisure non vuol dire nulla. Tengano presente però a questo proposito, che tanto le nicchie quanto le immagini diverticolari possono mancare pure essendoci l'ulcera, come possono esserci pur non essendoci l'ulcera. Il reperto radiologico serve non solo e non tanto a confermare la diagnosi di ulcera che si fà in base all'esame clinico, quanto per localizzare il processo ulcerativo. Qui, nel nostro caso, l'indicazione della sede da parte dell'indagine radiologica c'è, le deformazioni specialmente del bulbo duodenale c'indicano appunto la sede, sede che è tanto più sicura in quanto concorda con quella del dolore che ha l'infermo. Vedranno però spesso durante il loro esercizio professionale che anche utilizzando tutti i dati che si possono raccogliere ricorrendo a speciali metodi d'indagine, neanche con tutto questo complesso di fatti, si riesce talvolta a stabilire se un processo ulcerativo è localizzato allo stomaco o al duodeno; tanto che molti parlano senz'altro di ulcera gastro-duodenale, di ulcera peptica perchè nel 90 % dei casi manca il criterio clinico per poter localizzare il processo ulcerativo. Diciamo processo ulcerativo peptico, per poter comprender con una unica parola stomaco e duodeno, giacchè dal punto di vista clinico e forse anche fisiologico e fisio-patologico si può considerare tutto come stomaco quello che va dal cardias sino al punto dove al succo gastrico cloridrico peptico si aggiungono i succhi che sono elaborati dal fegato e dal pancreas. Ora, per quanto sia spesso relativamente difficile la diagnosi di sede di un processo ulcerativo dello stomaco o del duodeno, bisogna convenire poi che a noi questa diagnosi di sede interessa sino ad un certo punto: perchè in sostanza dello stomaco o del duodeno che sia il processo ulcerativo, la nostra condotta è presso a poco sempre la stessa sia medica sia eventualmente chirurgica.

A noi interesserebbe, più che fare con precisione la diagnosi di sede, fare la diagnosi precoce di questi processi ulcerativi, diagnosi precoce importante oltre che per il valore generico di una diagnosi fatta in tempo utile, anche perchè nel periodo iniziale della malattia i soccorsi medici e chirurgici hanno maggiore possibilità di riuscita. La diagnosi precoce di un'ulcera gastro-duodenale è però molto difficile, intendendo per diagnosi precoce quella che si fa nel periodo iniziale ed anche nel primo periodo di un processo ulcerativo, e non quella che invece che al quarto anno, come nel nostro caso, si fa al terzo. È difficile, dicevo, perchè nel primo periodo di una malattia di questo genere si hanno semplicemente delle sofferenze vaghe da parte dello stomaco, senza nulla di caratteristico, senza niente che possa realmente orientarci verso la diagnosi di un processo ulcerativo. Naturalmente io intendo riferirmi ad un periodo in cui non ci sono ancora emorragie, e non c'è neanche vomito, in un periodo insomma in cui tutto si riduce

al dolore più o meno insistente, non ancora molto forte, che non ha ancora tutti quei caratteri sui quali mi son fermato da principio, e tutto questo insieme a delle sofferenze gastriche più o meno irregolari, anche se vogliono con ipercloridria, iperacidità, ma loro sanno, quante ipercloridrie ci sono senza ulcera e quante ulcere senza ipercloridria. Bisognerebbe poter fare la diagnosi quindi in un periodo in cui la sindrome è una cosa molto lieve, molto tenue, e soprattutto per nulla caratteristica. Bisognerebbe in questo periodo fare delle indagini radiologiche, indagini che nella maggioranza dei casi, se fatte una sola volta non forniscono nulla di sufficiente.

Occorrerebbe fare eseguire allora degli esami radiologici in serie, con quella spesa e quel fastidio che loro facilmente possono immaginare, e per cui bisognerebbe arrivare a questa indagine qualora si avesse proprio un sospetto preciso di un processo ulcerativo, in un periodo in cui ho detto già, che questo sospetto non ci può essere almeno fondato. Ecco perchè la diagnosi precoce di una ulcera gastrica o di un'ulcera duodenale è particolarmente difficile.

Varrebbe piuttosto la pena di ricercare nel paziente e nel periodo iniziale, la possibilità di un processo ulcerativo, ossia l'esistenza della causalità, degli elementi che possono determinare questo processo. Un processo ulcerativo di questo genere è evidentemente un processo di necrobiosi, che s'inizia dalla mucosa gastrica e si estende poi negli strati sottostanti, sottomucosa, ecc., più o meno regolarmente, più o meno profondamente od intensamente a seconda della resistenza dei tessuti che incontra. Questo processo di necrobiosi, che avviene in un organo che secerne succhi digestivi, prende subito le parvenze di un'autodigestione, qualche cosa cioè che rassomiglia a chi distrugge se stesso.

E l'organo che si distrugge attraverso la sua secrezione. Ora che cosa occorre perchè questo possa avvenire? O che la secrezione abbia un potere peptico maggiore, o che la resistenza dei tessuti che aggredisce sia minore. Un succo gastrico iperattivo, iperacido, che digerisce quindi facilmente anche la stessa mucosa che lo crea, non può essere l'unica causa determinante di un processo ulcerativo peptico; perchè se questo fosse vero e se questo bastasse da solo, allora tutti gli ipercloridrici dovrebbero essere degli ulcerosi e soprattutto tutti gli ulcerosi dovrebbero essere ipercloridrici. Mentre invece noi sappiamo, al contrario, e l'ho già detto prima, che in realtà molti ipercloridrici non sono ulcerosi e non pochi ulcerosi non sono ipercloridrici. Eccone in questo nostro caso un esempio. Non possiamo ritenere quindi che l'ipercloridria possa da sola determinare sempre un processo ulcerativo, salvo poi ad invocare questa ipercloridria per circostanze accessorie, anche per un processo di gastrite atrofica. E forse sarebbe se non vero, per lo meno ben trovato; ma resterebbe sempre l'altra difficoltà degli ipercloridrici senza processi ulcerativi. Ora se l'ipercloridria entra in questo processo, entra in via secondaria. Non è un fattore necessario, indispensabile, sufficiente. Ed allora bisogna ricorrere al secondo fattore, una minore resistenza dei tessuti che si distruggono, minore resistenza dovuta non tanto alla maggiore o minore deficienza di muco e di quel tale antifermento che dovrebbe difendere questi tessuti dall'azione della pepsina, ecc. ma in rapporto piuttosto con lo stato trofico della mucosa, sottomucosa, ecc., donde una certa analogia che può avere questo processo con un'ulcera perforante col male perforante non solo dello stomaco ma anche di altri tessuti, ricollegandosi in certo modo, da un punto di vista molto lontano, a quello che si svolge nella tabe. Ora questo sì, questo potrebbe lasciare intendere abbastanza bene la patogenesi, il meccanismo di produzione di un ulcera gastrica, assai meglio di quello che non sia da sola l'azione iperpeptica del succo stesso; od anche fare associare l'azione iperpeptica, se esiste, con disturbi trofici della parete gastrica che potrebbero dipendere da tanti fatti e da tante circostanze, disturbi trofici che potrebbero benissimo comprendere disturbi d'irrorazione sanguigna e potrebbero anche essere dipendenti da una alterazione d'innervazione la quale potrebbe anch'essa dare ragione sia dei disturbi di circolo, sia dei disturbi di secrezione.

Ricadiamo quindi sotto l'influenza della secrezione gastrica e quindi della innervazione vagale, la cui iperattività non solo darebbe l'ipercloridria e la contrazione dei vasi e tutto il resto, ma spiegherebbe anche la ipercinesi di questo stomaco, che, abbiamo detto, non può qui essere riportata ad una secrezione di succo gastrico iperacido, e non può essere attribuita neanche ad un ostacolo alla canalizzazione dei cibi, perchè qui non c'è succo gastrico iperacido, nè stenosi pilorica. Essa non può essere quindi che l'espressione di una iperattività nervosa autonoma, di una ipereccitabilità vagale. Questa ipereccitabilità, che può assumere forme diverse, può in alcuni casi dar luogo ad uno spasmo vasale forte e quindi per conseguenza ad un'ischemia della mucosa, ischemia che viene a costituire un punto di minore resistenza all'azione del succo gastrico; può in altri casi dare uno spasmo molto più forte, venire a costituire quasi una azione traumatica che facilita la corrosione della mucosa gastrica; e potrebbe anche questo concetto comprendere perfino la teoria di Cesaris-Demel, il quale fa dell'ulcera gastrica una manifestazione di anafilassi locale, la conseguenza cioè della formazione di un pomfo sulla mucosa gastrica, come quello che si forma sulla cute nella orticaria, e quindi un punto di distrofia della mucosa stessa, la quale viene ad essere

aggredita più facilmente dal succo gastrico più o meno attivo. Teoria questa anafilattica bella, seducente, per quanto però non si possa basare sopra le ricerche sperimentali che sono state fatte sin oggi, a furia di laparatomie, di iniezioni di liquido nello spessore della mucosa e della sottomucosa, esperienze che producono tanti e tali traumatismi da giustificare qualsiasi cosa possa avvenire dopo, indipendentemente anche da qualsiasi azione anafilattica.

Si comprende facilmente come, intesa a questo modo, la patogenesi dell'ulcera gastrica, si arriva alla conclusione che l'ulcera gastrica non è una malattia locale, ma l'espressione locale di una malattia generale, e quindi non suscettibile di una cura locale chirurgica. Questo è il fondamento della cura medica e non chirurgica dell'ulcera gastrica, ed è per questo che molte volte gli ammalati di ulcera gastrica dopo operati continuano a soffrire, perchè è stato tolto loro l'effetto locale e non il fattore generale.

In sostanza è un vagotonico questo infermo? Non ho fatto fare tutte le ricerche a questo proposito ed a bella posta. Ho fatto soltanto verificare questa mattina il riflesso oculocardiaco e si sono ottenute 71 pulsazioni prima e 66 durante la compressione dei globi oculari, e non ho fatto fare altre ricerche, ho detto, perchè o avremmo trovato qui tutti i segni di una vagotonia generale ed allora ci potevamo spiegare benissimo l'ulcera, oppure non avremmo trovato questi segni ed allora avremmo pure potuto pensare che si trattasse di una vagotonia locale, limitata allo stomaco.

Ed allora, se non possiamo dimostrare la patogenesi, cerchiamo di trovare almeno la causa di questo processo morboso. Naturalmente non intendo affatto andare a ricercare la causa tra le banali, le comuni, come possono essere per esempio, i piccoli urti, gli abusi di sostanze irritanti, indigeribili. Di questi peccati ne abbiamo tutti sulla coscienza! Quanti di noi infatti, se non abitualmente per lo meno spesso, masticano male, quanti di noi non fanno abuso più o meno frequente di sostanze irritanti. Per il nostro ammalato, però, abbiamo in mano un capo forte: la sifilide. Quì non possiamo seguire il criterio che, essendo questo soggetto un sifilitico con reazione di Wassermann positiva, si tratti di un'ulcera gastrica sifilitica, perchè con questo ragionamento potremmo far diventare sifilitica qualunque cosa. La sifilide è una malattia così comune che si trova, se non sempre, per lo meno spesso nell'anamnesi di un ammalato; per cui non basta trovarla per affermare subito che la malattia di cui si tratta è dovuta alla sifilide. Trovare la reazione di Wassermann positiva può essere quindi un'indicazione, un suggerimento; ma bisogna sempre assodare bene la natura della lesione in questione, perchè un individuo sicuramente luetico può però avere un'ulcera gastrica di altra natura, una malattia che non sia di origine sifilitica. Se la sifilide fosse una cosa molto rara e si riuscisse a dimostrarla con una certa frequenza in questi ammalati, allora soltanto potremmo ammettere la natura luetica dell'ulcera peptica; ma noi invece dobbiamo dimostrare che qui, in questo nostro ammalato c'è qualche cosa di caratteristico in quest'ulcera, che essa cioè è un'ulcera sifilitica e non di altra natura.

Che cosa può fare la sifilide nello stomaco e particolarmente nei riguardi di un'ulcera peptica? Può fare tante cose, e a secondo di quello che fà, potremo catalogare con criteri diversi quello che fa.

Se la sifilide si limita semplicemente ad indebolire il trofismo dei tessuti, se si limita soltanto a rendere meno resistenti i tessuti della parete gastrica all'azione del succo gastrico e quindi a facilitare più o meno l'insorgenza del processo ulcerativo od anche ad aggravarlo, potremo dire allora che qui la sifilide c'entra, ma c'entra alla pari di tanti altri fattori; non sarebbe però allora un fattore essenziale, indispensabile, e quindi non darebbe alla malattia un carattere proprio. Non saprei chiamarla allora sifilitica quest'ulcera gastrica. Direi che si tratta di un'ulcera gastrica comune che si è svolta sopra un fondo sifilitico, un'ulcera che ha tutte le caratteristiche dell'ulcera di Cruveilhier, nessuna esclusa.

Potrebbe però la sifilide, invece di questa piccola cosa, fare qualche altra cosa di più grave: e loro sanno che le lesioni proprie sifilitiche, quelle che caratterizzano questa infezione, sono specialmente di due ordini: vasali e sclerogommose od infiltrative. Possiamo avere nelle pareti gastriche come in qualunque altro organo o tessuto un processo di endoarterite obliterante, possiamo avere anche una periarterite ed una pan-arterite che si ha spesso nei sifilitici e si complica il più delle volte anche con una flebite. Questa alterazione vasale può benissimo essere il punto di partenza di un processo ulcerativo, ed in questo caso la sifilide c'entra di più; qui è la sifilide quella che diventa la causa principale, ed una lesione così costituita molte volte, se non sempre, acquista anche qualche carattere clinico speciale. Loro comprendono che determinata una lesione vasale di questo genere la cosa più facile che avvenga è la rottura del vaso, ematemesi grave quindi, ed intensa, molte volte non accompagnata neanche da dolore, ematemesi che può essere l'unico sintoma per lo meno di un dato periodo del processo ulcerativo. Qui siamo già in un altro campo. L'ulcera ha ancora tutte le caratteristiche dell'ulcera di Cruveilhier, fino ad un certo punto anche la patogenesi, ma l'etiologia è sensibilmente diversa.

Immaginino ora l'altro caso, non più la lesione vasale ma la lesione gommosa quella che si verifica nella sottomucosa, che rigonfia per infiltrazione la sottomucosa e si svolge tanto verso la mucosa quanto verso la sierosa,

a seconda della resistenza dei tessuti maggiore o minore che trova. Se si svolge verso la sierosa dà specialmente le aderenze, le periviscerìti. Hanno sentito che questo infermo ha una sindrome aderenziale classica non solo dimostrata dal reperto radiologico, ma dimostrata anche clinicamente, in lui abbiamo quindi sicuramente una periviscerite. Ora questo processo gommoso della sottomucosa il quale nel nostro caso si è svolto verso la sierosa, si può svolgere anche verso la mucosa e può arrivare a corroderla e dare quindi un processo ulcerativo. Ma questa non è più un'ulcera peptica; ma una gomma ulcerata. Qui distinguiamo benissimo sia clinicamente che anatomo-patologicamente questo processo ulcerativo da quello dell'ulcera di Cruveilhier, perchè quando si determina una infiltrazione della sottomucosa questa si sviluppa più in estensione che in profondità. Quindi è una lesione che invade più o meno notevolmente tutto o quasi tutto lo stomaco, fino a ridurlo come un tubo rigido come nella malattia di Brinton, come nella linite plastica, con l'atrofia della mucosa e l'anacloridria come nel nostro infermo. È per questo che nelle ulcere sifilitiche vere dello stomaco una delle caratteristiche è la mancanza di acido cloridrico non solo, ma anche il processo ulcerativo della mucosa assume dei caratteri anatomo-patologici speciali. Il fondo di questo processo ulcerativo è il fondo lardaceo caratteristico delle ulcerazioni gommose, è un fondo rilevato che non si approfonda ed ecco perchè non si hanno le nicchie di Haudeck e neanche le immagini diverticolari. Questa è la ragione per cui non si ha, e noi in questo caso non abbiamo avuto, il quadro radiologico classico. È questa un'ulcera, ho detto, che si sviluppa in estensione più che in profondità; per cui le emorragie sono rare e l'ulcera non ha affatto le caratteristiche a stampo, o a scalini o ad imbuto dell'ulcera di Cruveilhier; è un'ulcerazione piatta, a margini induriti e sottominati, con un fondo lardaceo che si va man mano estendendo e che non arriva a fissare il pasto opaco che noi diamo. E quest'ulcera così costituita non ha neanche obbligatoriamente la localizzazione dell'ulcera di Cruveilhier, essa infatti può svilupparsi in qualunque punto della parete gastrica, mentre l'ulcera di Cruveilhier si può sviluppare solo in corrispondenza delle ghiandole cloridro-peptiche quindi mai sul fondo. In questo caso abbiamo quindi, più che l'ulcera peptica, una gastrite sifilitica su cui si è sviluppato secondariamente un processo ulcerativo.

Ecco perchè la sintomatologia del nostro ammalato è alquanto strana. Infatti, se esaminiamo tutto quello che si è svolto in lui in questi quattro ultimi anni, noi troviamo quasi tutti i sintomi dell'ulcera gastrica, ma se andiamo attentamente a vedere, essi si sono presentati staccati, non sono stati cioè legati dal comune ordine cronologico. Quest'individuo ha avuto infatti il dolore, la dispepsia, talvolta il vomito, non l'ematemesi, forse temporaneamente l'ipercloridria. Quindi quello che abbiamo raccolto non rappresenta se non le sparse membra di un processo ulcerativo speciale, il quale è di ordine assolutamente secondario; e se dovessimo scrivere qui la diagnosi anatomo-clinica non dovremmo scrivere ulcera gastrica e neanche ulcera sifilopeptica, perchè come ho dimostrato di peptico non c'è assolutamente nulla, ma bensì gastrite sifilitica ulcerata.

Comprendono ora facilmente l'applicazione pratica di questo ragionamento. Non c'è bisogno per questo infermo di nulla di speciale, non ci vuole che la cura antiluetica, la quale è possibile che non dia tutti i risultati che ci attendiamo, perchè non è detto che tutte le lesioni sifilitiche debbono assolutamente e completamente guarire con la cura specifica. Le lesioni luetiche con la cura specifica abitualmente guariscono finchè possono e come possono, quando cioè non sono molto gravi. La cura specifica può fare tutto il bene che si vuole, ma non può assolutamente far rivivere un tessuto già morto; qui il tessuto gastrico che è morto non risusciterà mai più.

Sarà utile corroborare la cura specifica con la cura sintomatica, compreso anche un periodo di riposo dello stomaco, attuabile mediante l'alimentazione colica. Tutto questo si sta già facendo in questo infermo per cercare di modificare anche sintomaticamente il processo morboso e dare maggiore agio alla cura specifica di fornire i migliori risultati.

Ma qui deve essere soprattutto cura arsenobenzolica e cura bismutica.

Epicrisi. L'infermo eseguì la terapia suddescritta e venne dimesso il 21 marzo u. s. molto migliorato sia subbiettivamente che clinicamente e radiologicamente.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Tecnica Chirurgica
della R. Università di Genova.

L'operazione di Bassini e i procedimenti di Brenner, Hackenbruch-Drüner, Schmieden e Kirschner.

(Comunicazione preventiva).

Prof. A. Catterina.

Tre Chirurgi tedeschi di grande rinomanza a proposito dell'Operazione di Bassini si sono espressi in modo quasi diremo contradittorio.

Il Professore Schmieden dell'Università di Francoforte s. M. a pagina 39 del suo notissimo trattato di Tecnica Chirurgica « Die operationen bei Unterleibsbrüchen », 1933. Lipsia, Verlag A. Barth, scrive:

« Da quanto sopra si è detto vi sarebbe una certa tendenza a restringere le indicazioni dell'operazione di Bassini in favore della operazione di Brenner e di Hackenbruch, o di abbandonare completamente la Bassini, malgrado in Germania sia stata per lungo tempo la più usata ed abbia dato buoni risultati. Nel 1932 lo stesso Schmieden rispondendo sul « Zentralblatt f. Chirurgie », 1932, n. 9, al Carraro che aveva criticato il suo metodo, disse che egli usava frequentemente ancora la Bassini.

Il Drüner di Quieschied in diverse monografie (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1919, B. 1, H. 2; *Idem*, 1932, B. 9, H. 10 e nel *Zentralblatt f. Chir.*, 1933, n. 36) dichiara senz'altro di aver dovuto abbandonare del tutto il metodo Bassini per lo straordinario numero di recidive, e di seguire sempre un suo procedimento molto simile a quello di Hackenbruch.

Viceversa il Kirschner, professore all'Università di Tubinga, nel suo recentissimo Trattato « Die operative Beseitigung der Bauchbrüche », 1933, Berlin, Springer, mette al posto d'onore l'operazione di Bassini illustrandola con magnifiche figure le più complete e le più esatte comparse sinora nei vari trattati di Tecnica chirurgica. Egli soggiunge che le recidive consecutive alla Bassini sono spesse volte dovute a errori di tecnica. Da quindici anni egli usa esclusivamente la Bassini sia pure con una piccola variante. D'innanzi a giudizi tanto disparati e anche in considerazione della benevola accoglienza che proprio il mio volume « L'operazione di Bassini » ha avuto proprio in Germania mi permetto di fare questa comunicazione preventiva, perchè fra poco uscirà dal mio Istituto un lavoro completo sull'argomento con relative tavole esplicative. In questa mia comunicazione preventiva accennerò ai soli punti principali.

Il concetto fondamentale dell'operazione di Bassini, come è noto riguarda « la ricostruzione del canale inguinale secondo la sua forma anatomica e la sua funzionalità fisiologica, ossia fatto da due aperture e da due pareti. Delle prime una è addominale e l'altra sottocutanea; delle seconde una è posteriore, e l'altra anteriore; fra di esse passa il cordone. La nuova parete posteriore del canale sotto la pressione endoaddominale viene spinta contro l'anteriore, ed insieme si aiutano per resistere all'urto incessante e potentissimo delle viscere ventrali, mentre poi danno in grembo ad esse passaggio al cordone senza serrarlo. La nuova apertura ventrale e la nuova parete posteriore del canale inguinale sono fatte da tessuto muscolare ed aponevrotico in condizione di funzionalità, per cui questi tessuti non possono scomparire per riassorbimento. L'ernia è malattia meccanica per errore di luogo o spostamento di visceri addominali. Ora per raggiungerne la cura radicale è indispensabile rimettere la regione ove ha sede l'apertura erniaria nelle condizioni e modo di essere propri dello stato sano. Il canale inguinale, ognuno facilmente il rammenta, nello stato fisiologico funziona lasciando passare il cordone spermatico e nello stesso tempo contenendo le viscere, perchè è fatto da due pareti e perchè decorre obliquamente. Sotto l'urto delle viscere del ventre la parete posteriore del canale viene spinta contro l'anteriore e funziona come una valvola; la parete addominale resta chiusa ed il cordone spermatico non compresso. Ora per agognare al raggiungimento della cura radicale dell'ernia inguinale (dice sempre Bassini) è per me indispensabile che il canale inguinale sia ricostruito sul suo tipo di struttura fisiologica ».

Ho voluto riferire per esteso queste parole precise di Bassini perchè l'essersi allontanati da questi principii fondamentali, ha permesso tutte quelle modificazioni che sono andate via via pullulando perdendo di mira le leggi fondamentali sulle quali — come vuole Bassini — si impernia tutta la costruzione tecnica della sua operazione. Se all'operazione di Bassini sono succedute le recidive in gran numero e le suppurazioni, la causa unica ed esclusiva va ricercata in errori di tecnica, in parte anche causati — come sostengo nel mio libro — dalla difficoltà di comprendere la descrizione originale di Bassini troppo succinta e stringata, difficoltà che io ho cercato di eliminare colla pubblicazione del mio volume che descrive l'ope-

razione anche nei minimi dettagli. Se l'operazione di Bassini ha dato cattivi risultati, una colpa devesi anche al fatto che essa fu considerata di facile esecuzione, e quindi permessa ai principianti come primo esercizio di tecnica chirurgica sul vivo. Quanti dei nostri allievi si impratichiscono sul cadavere del puro tecnicismo operatorio specialmente per quello che riguarda le suture superficiale e profonda che possono benissimo essere apprese sullo stesso? La parte più difficile è certamente il trattamento del convoluto, perchè non vi è mai ernia precisa identica ad un'altra, ed io ho dato ad esso appunto il massimo sviluppo nel mio libro, anche perchè nella originale descrizione di Bassini non viene affatto descritto. Per qual ragione quelli che eseguono l'operazione di Bassini con tecnica esatta non hanno che l'uno o il due per cento di recidive e un numero trascurabile di suppurazioni del zero all'uno per cento?

Quello che per molti è diventato il punto debole o il tendine di Achille dell'operazione di Bassini sarebbe la costruzione della sua parete posteriore, mentre viceversa la parete posteriore di Bassini deve essere considerata la parte più sostanziale del metodo. Discutiamo subito questo punto. Bassini dice: io costruisco la parete posteriore suturando il triplice strato (piccolo, obliquo, trasverso e fascia trasversalis) all'orlo della gronda di Falloppia. Su questa ricostruita parete posteriore si adagia e poggia il cordone spermatico nel suo transito fra i due anelli. È giusto questo? La parete posteriore del canale è proprio fatta dal triplice strato come vuole Bassini? Nel lavoro completo che uscirà dal mio Istituto si dimostrerà che realmente la parete posteriore del canale è precisamente fatta come la intese Bassini, perchè i muscoli piccolo, obliquo e trasverso non finiscono come apparentemente sembrerebbe al margine superiore della zona di debolezza dove le loro fibre rosee carnose sembrano appunto scomparse, ma invece essi si prolungano in basso trasformati nelle loro aponevrosi caudali che unitamente alla fascia trasversa propriamente detta vanno ad inserirsi al margine della gronda. Nei bambini, negli individui muscolosi, in certi animali — come dimostrò Romiti e la sua Scuola alla quale noi ci riferiamo — questi muscoli rimangono carnosi fino alla loro inserzione alla gronda. In tutti i cadaveri, ma specialmente in quelli muscolosi o edematosi si possono con tutta facilità dimostrare le due aponevrosi caudali e la fascia trasversa con i suoi legamenti e muscoletti. Quello che noi vediamo sloggiando il cordone e che viene denominato triangolo di debolezza di Hesselbach o meglio zona di debolezza, non è costituito quindi dalla fascia trasversa non ancora bene precisata, ma è dato dalla conglutinazione delle due aponevrosi caudali dei muscoli obliquo, interno e trasverso colla fascia trasversa propria. Constateremo pure che realmente il cordone pur ricevendo dai muscoli i fasci cremasterici poggia o sulle loro fibre muscolari se sono conservate, o per lo meno sulle loro aponevrosi caudali. La parete muscolosa posteriore del canale assottigliatasi per molte ragioni — in seguito a predisposizione congenita, a sforzi, alla posizione eretta del corpo — ha perduto della sua validità; ragione per cui Bassini ha pensato di rifare la parete con i muscoli validi e resistenti. Per ottenere questo, aperta la fascia trasversa egli isola il triplice strato dal grasso sottoperitoneale e dalla aponevrosi dell'obliquo esterno che gli sta d'innanzi, e con questa mobilizzazione riesce facilmente a portare in basso i muscoli. Per maggior sicurezza nel punto interno più debole comprende nella sutura profonda con i primi due punti anche il bordo esterno del muscolo retto. Il famoso internus Hochstand non ci ha mai impressionato perchè non è scoperta nuova; perchè una volta rimosso il convoluto erniario che poteva tenere spinti in alto i due muscoli, essi si possono abbassare spontaneamente; perchè spesse volte questo bordo muscolare invece di essere atrofico nelle ernie voluminose può essere ipertrofico, e perchè colle manovre di Bassini si può sempre e con relativa facilità trascinare in basso per suturarlo alla gronda e rinforzarlo nel suo fianco interno. Dopo queste premesse indispensabili studiamo i diversi procedimenti.

L'operazione di Brenner.

La tecnica di Brenner è la seguente:

« Suturare il bordo inferiore del muscolo piccolo obliquo al cremastere convenientemente preparato, e suturare quest'ultimo anche al bordo esterno del retto addominale; rimettere su questo strato muscolare il cordone spostato temporaneamente durante la sutura profonda, e ricostruire la parete anteriore del canale inguinale coll'addoppiamento o imbricazione dei lembi aponevrotici del grande obliquo (Girard, Margarucci, ecc.). Il cremastere giuocherebbe dunque la parte principale; verrebbe distaccato dalle sue connessioni interne, e trasportato appendendolo con sutura al bordo inferiore della muscolatura profonda. Così esso ricoprirebbe la zona di debolezza anche se lo stato di elevazione dell'obliquo interno (Internus Hoch-

stand) fosse notevole, anche perchè nelle ernie voluminose il cremastere si trova sovente ispessito » (Nötzel).

I fautori di questo metodo fanno questo ragionamento: Col procedimento di Bassini specialmente nelle ernie voluminose e con un internus Hochstand notevole, la sutura profonda di Bassini produrrà una distensione cospicua sull'organo fisso che è il Falloppia con pericolo di sfrangiamento e strappamento che preluderebbe alla sicura recidiva. Col Brenner noi non ci preoccupiamo dello stato di elevazione del piccolo obliquo, perchè usando il cremastere noi possiamo coprire e rinforzare il triangolo di debolezza dato appunto dall'internus Hochstand.

Vediamo bene come stanno le cose.

Che cosa rappresenta anatomicamente il cremastere? Dicono gli anatomici: Il cremastere non è che un'appendice del piccolo obliquo per la massima parte e solo per poco del trasverso; presenta tre fasci muscolari: il più robusto, quello esterno, si origina dal legamento di Falloppia nella sua porzione verso la spina il. ant. sup. e dalla parte esterna del piccolo obliquo, e perciò all'esterno e fuori del canale inguinale. Queste fibre accompagnano il cordone circondandolo a poco a poco nella sua parte superiore esterna fino all'anello inguinale esterno ove cambiano direzione. Il secondo fascio molto più esile e spesso mancante scende dalla spina del pube o dal tendine congiunto, si sparpaglia a preferenza sulla parte anteriore del cordone, si anastomizza in fondo allo scroto col fascio esterno formando la cosidetta tunica eritroide. Vi sono dei fasci trasversi allogati all'anello ing. est. che però sono rarissimi. Il cremastere nella parte esterna che è la più cospicua scende dai muscoli e dal legamento di Poparzio a livello delle spine iliache; le sue fibre poggiano al di sopra del cordone (parete sup. del canale) e al di dietro dell'aponevrosi del grande obliquo e nessun fascio del cremastere si attacca e si distacca dalla gronda sulla quale poggia in parte il cordone nel tragitto inguinale. Dallo studio completo che pubblicheremo risulta dimostrato che il cremastere non contrae nessuna aderenza speciale col canale ing. e col legamento di Falloppia, che il fascio più robusto di questo muscolo si distacca dal bordo inferiore dell'obliquo interno nella sua porzione esterna a livello delle spine il. ant. sup. Questi fatti sono suffragati dalla fisiologia di questo muscolo. Il cremastere essendo dipendente dai muscoli addominali si contrae con essi nella tosse, vomito, pianto, starnuto, ecc. Il testicolo nelle sue contrazioni risale in alto verso l'anello ing. est. per la contrazione del cremastere. Toldt dice che eserciterebbe una compressione sulla testa dell'epididimo favorendo il deflusso dello sperma, e faciliterebbe pure la circolazione venosa del cordone. Noi possiamo provocare l'innalzamento del testicolo per via riflessa. Tutto ciò sta a dimostrare che il cremastere non può aderire in nessun modo nè alla gronda, nè al triplice strato sui quali elementi non fa che poggiare nel transito inguinale. Il cremastere non può contrarre per le stesse ragioni unioni colla faccia posteriore dell'aponevrosi del grande obliquo contro la quale non ha che rapporti di vicinanza e sulla quale scorre nei suoi movimenti.

Nel distaccare sul cadavere il cordone ed il cremastere dalla gronda e dal triplice strato cosa che riesce facilissima, non si osservano mai lacinie o rimanenti aderenze, e nelle manovre di sbloccamento del convoluto erniario nella operazione di Bassini noi non abbiamo mai una goccia di sangue nè resti connettivali dovuti a strappamento, ma vediamo la gronda e tutto il rimanente in condizioni di perfetta integrità, lucentezza e continuità.

Solitamente il cremastere è molto esile e ciò vale anche per le ernie di media grandezza; nelle ernie voluminose è vero che si può, come fa rilevare Nötzel, trovare un ispessimento del cremastere, ma talvolta trovasi anche l'inverso, ossia un vero assottigliamento di esso. Comunque resta dimostrato che il cremastere non può contrarre nessuna aderenza colla gronda perchè altrimenti non potrebbe funzionare, ed è strano che nessuno abbia richiamato su questo fatto l'attenzione degli studiosi e degli operatori. Come vedremo nel lavoro completo gli stessi disegni dell'operazione di Brenner dimostrano che il cremastere suturato al bordo inferiore muscolare non ha alcun rapporto col legamento di Poparzio, anzi in certe tavole (Schmieden, Bumm. Noetzel) appare completamente distanziato. Forse si potrebbe credere che il cremastere avesse qualche rapporto colla fascia trasversalis, ma sappiamo benissimo che tali rapporti non sono che di vicinanza e che non può esistere nessuna vera connessione fra esso e la fascia. Nella operazione di Brenner noi dobbiamo distaccare il cremastere e le tuniche dal sacco e dal cordone con manovre talvolta abbastanza rudi come succede spesso nelle ernie voluminose e a numerosi inviluppi accessori. Ciò produce un maltrattamento delle stesse fibre muscolari dei vasi e dei nervi. Noi dovremo inoltre usare le fibre cremasteriche esterne che hanno il peduncolo più distante.

Ora secondo Brenner noi dobbiamo cucire questi fasci muscolo connettivali maltrattati distanti dal grosso del peduncolo nutritizio al margine inferiore dell'obliquo interno come una specie di festoncino, notando che le stesse fibre sono date dallo stesso muscolo obliquo interno. Questi fasci senza alcun punto di appoggio in basso, sospesi a festone al margine muscolare, dovrebbero secondo Brenner e i suoi fautori, costituire una salda parete di resistenza, un muro di difesa contro l'urto delle viscere addominali? E questo muro privo di fondamenta (il paragone calza benissimo), debole, maltrattato, dovrebbe funzionare meglio di quello ideato da Bassini che è impiantato sull'organo più robusto e più solido della regione — il legamento di Poparzio? Che cosa avverrà di questo cremastere così bacato e incaricato di funzione tanto diversa dalla sua naturale? La risposta la ha già prevenuta da un pezzo lo stesso Bassini: per bene che vada questo muscolo si dovrà atrofizzare e tramutarsi in una lamina sottile e perfettamente inutile allo scopo.

Io non comprendo veramente il motivo per cui a nessuno sia mai venuto in mente di aggiungere alla sutura del cremastere al margine inferiore dell'obliquo interno una seconda sutura del cremastere all'orlo della gronda di Poparzio, tanto più che, come consiglia il Nötzel si può distendere a ventaglio il fascio cremasterico. Così esso si potrebbe cucire e avvicinare alla gronda senza pericolo di sfrangiarla o di strapparla. In tal modo il cremastere verrebbe affiancato da due suture, una sopra coll'obliquo interno e una sotto col Falloppia. Con ciò il nuovo muro costruito da Brenner potrebbe sembrare più razionale. Ma anche questa mia proposta urterebbe contro quello che abbiamo detto sopra. Per fare un buon muro occorre prima di tutto un buon materiale e che il muro costruito non debba subìre la trazione di due forze agenti in senso contrario.

Da tutto quanto abbiamo detto e che sarà meglio illustrato nel lavoro completo, possiamo tranquillamente concludere che l'operazione di Brenner non resiste ad una critica esatta e severa. Essa si fonda sopra un presupposto anatomico fisiologico e clinico non esatto, e — come timidamente dice il Graser — noi pure crediamo che i buoni risultati avuti dalla Brenner si debbano forse attribuire più che all'uso del cremastere alla doppiatura o imbricamento dei due lembi aponevrotici del grande obliquo. Bassini crea col suo metodo una parete veramente resistente, omogenea, bene piantata, allontana organi compromessi che non possono che essere o inutili o dannosi, lascia il campo operatorio fatto da elementi dei quali ognuno ha la sua entità anatomica e il suo determinato ufficio in perfetta armonia coi postulati della regione ricostruita.

OPERAZIONE DI HACKENBRUCH-DRÜNER.

L'operazione di Hackenbruch si fonda sull'addoppiamento o sovrapposizione dei lembi aponevrotici alla Girard, Margarucci, ecc. Incisa l'aponevrosi del grande obliquo e finito il trattamento del convoluto si porta in basso il lembo superiore dell'aponevrosi del grande obliquo cucendolo al margine della gronda di Falloppia; vi si adagia sopra ad esso il cordone che resta successivamente coperto dal lembo inferiore dell'aponevrosi portato in alto e cucito al lembo superiore abbassato. Così il cordone viene a trovarsi incluso fra le due aponevrosi imbricate. Non si esegue nessuna sutura profonda di Bassini.

Non comprendo il motivo per cui il Bumm nel suo trattato sulle ernie addominali esterne dica che il procedimento di Hackenbruch riunirebbe i vantaggi dell'operazione di Bassini fondata sul principio dello spostamento del cordone e la sovrapposizione dei lembi aponevrotici di Girard. Osservo subito che il procedimento di Bassini non si fonda affatto sullo spostamento del cordone che non è che temporaneo, perchè non viene spostato che durante la sutura profonda sulla quale andrà subito a collocarsi. Ho letto che anche altri autori parlano di questo spostamento del cordone nella Bassini come principio fondamentale del metodo il che è completamente fuor di proposito. Abbiamo già detto su quali principii si fonda la Bassini e questo spostamento che per giunta non è che temporaneo e per ragione di manovra non ha nulla a che vedere con i caposaldi dell'operazione di Bassini, Girard, Wölfler, Margarucci, all'addoppiamento dei lembi aponevrotici premettono la sutura profonda di Bassini, il che è ben diverso della semplice imbricazione di Hackenbruch.

Secondo quanto dice Drüner, col processo di Hackenbruch si tenderebbe a produrre una cicatrizzazione fra le due lamine aponevrotiche, mentre Drüner con speciali accorgimenti di tecnica eviterebbe questo fatto.

Se noi rammentiamo i principii fondamentali dell'operazione di Bassini che costruisce muscolosa la parete posteriore adagiando sulla stessa il cordone come normalmente dovrebbe essere, vediamo subito la diversità grande fra i due metodi, sia dal lato anatomico che da quello fisiologico e clinico.

Se la natura avesse stimato opportuno di costruire il canale con sole pareti aponevrotiche lo avrebbe certamente fatto. Risulta che le aponevrosi imbricate di Hackenbruch non corrispondono alla costituzione anatomo-fisiologica del canale inguinale, mentre il procedimento di Bassini raggiunge in pieno lo scopo. La contrattilità dei lembi aponevrotici sovrapposti è minima perchè molto distanti dai ventri muscolari di origine. Dovendo resistere all'urto delle viscere addominali essi cederanno molto più facilmente della parete muscolosa di Bassini contrattile e funzionante. Se poi Hackenbruch mira — come dice Drüner — a produrre una coartazione fra le due pagine aponevrotiche, potranno intervenire pericoli per lo stesso cordone compreso eventualmente in un tessuto cicatriziale. Bassini affronta alla gronda e alle fibre di Thompson una buona porzione dell'estremo inferiore del triplice strato e non il solo orlo aponevrotico dei lembi, e perciò la cicatrice postuma alla Bassini sarà più larga e quindi più resistente.

Indubitatamente il procedimento di Hackenbruch è di più facile e rapida esecuzione di quelli originari di Girard, Margarucci, Wölfler, ecc., ma viceversa coi primi metodi si esegue anche la sutura profonda di Bassini. Il Girard sposterebbe il cordone — e questo sarebbe un vero spostamento permanente — alla Mugnai, ossia dietro la sutura profonda, Margarucci collocherebbe come Bassini il cordone sul triplice strato suturato imbricandogli al davanti i due lembi aponevrotici. Ora è evidente che il procedimento di Hackenbruch, per quanto più facile e più spedito, resta di gran lunga inferiore a quelli originari di imbricazione.

Il solo fatto di aver esclusa la muscolatura nella ricostruzione del canale inguinale basterebbe a dimostrare la grande inferiorità dell'Hackenbruch in confronto alla Bassini.

Il Drüner ha perfezionato con accorgimenti di tecnica molto interessanti il metodo di Hackenbruch ottenendo risultati ottimi tali da fargli abbandonare completamente la Bassini che gli aveva dato un numero impressionante di recidive. Ho dovuto rispondere nel *Zentralblatt für Chirurgie* ad un articolo del Dr. Planz nel quale venivo nominato anch'io.

Riassumo quanto scrissi e quanto sarà meglio detto nel lavoro completo.

Anche Drüner (e non è il solo!) considera la parete posteriore di Bassini il punto debole, il famoso tallone di Achille della stessa operazione, e sostiene con altri la supremazia della parete aponevrotica di Hackenbruch. Ma egli dà un anche grandissimo peso al fatto che colla sutura del triplice strato di Bassini le fibre muscolari accalappiate o strozzate dalle anse vengono compromesse, si atrofizzano restando sostituite da un tessuto cicatriziale poco resistente specialmente nella parte mediale dove devono subire maggiore distensione. Di più la sutura di Bassini all'orlo della gronda porrebbe le dette fibre muscolari in uno stato di azione diverso da quello loro assegnato, e così la parete posteriore di Bassini, tramutandosi in tessuto cicatriziale, faciliterebbe le recidive.

Inutile che io ripeta quanto ho detto sulla superiorità della parete posteriore di Bassini in confronto di quella di Hackenbruch-Drüner. Consideriamo quanto dice Drüner sullo strozzamento (Umschnürung) dei fasci muscolari prodotto dalle anse della sutura. Bassini stringe fortemente le anse, anzi nei suoi primi operati provocava il vomito per constatare la resistenza della sutura. Ora già il Billroth e Gussenbauer nei loro studi ci hanno insegnato che la sostanza contrattile delle fibre muscolari strozzate dal filo si frantuma e solo quindi i sarcolemmi delle stesse vengono affrontati al Poparzio; ossia connettivo a connettivo. I fasci muscolari interposti fra un'ansa e l'altra si uniscono pure al Poparzio solo colle membrane sarcolemmatiche, e si possono anche ricostruire quelle frantumate in vicinanza delle anse. Del resto è notissimo che ogni lesione di qualsiasi tessuto si cicatrizza per tramite connettivale (nervi, vasi, organi parenchimatosi). Ora Bassini colla sua sutura profonda affronta, come dicemmo, una larga falda muscolare al Poparzio mentre Drüner affronta solo gli orli aponevrotici dei due lembi. Non comprendo la ragione della inferiorità della sutura Bassini in questo riguardo.

Il Planz dice che io ho preso da Drüner il modo di incidere l'aponevrosi spostando l'incisione in alto e all'orlo superiore dell'anello esterno. Bassini nel suo testo lascia libero il chirurgo di incidere l'aponevrosi partendo dall'anello dove meglio crede, purchè le suture profonda e superficiale non si sovrappongano. Del resto anche coi processi originari di imbricazione si segue questa pratica come lo dice espressamente Margarucci nella cura del laparocele di Novaro, quando l'aponevrosi è sfrangiata e assottigliata.

Lo stesso Bassini in determinati casi ha come noi spostato in alto medialmente l'incisione dell'aponevrosi. Il Planz sta in appressione per il sollevamento e l'arrovesciamento dei lembi aponevrotici come si fa nella Bassini. Ma questa manovra è temporanea; a sutura profonda ultimata i lembi vengono rimessi al loro

posto, e quindi subito si riattivano le correnti nutritizie. L'arrovesciamento dei lembi aponevrotici è « *conditio sine qua non* » per le ulteriori manovre di sbloccamento del convoluto erniario dalla gronda.

Nessun chirurgo ha mai parlato di possibili inconvenienti per questa manovra. Le nostre statistiche parlano chiaro, ed è notissimo che noi facciamo spesso dei trapianti anche a distanza di lembi (fascia lata) aponevrotici senza inconvenienti. Il Planz e anche qualche altro chirurgo mi incolpano di aver insistito nel mio libro a insegnare l'isolamento degli elementi del convoluto colle dita. Io anzi ho insistito nel disegnare esattamente queste manovre digitali, prima perchè erano preferite da Bassini, poi perchè le dita contundono molto meno i tessuti degli strumenti ottusi; perchè le dita possono riconoscere al tatto i tessuti di diversa consistenza e individualizzarli (vaso deferente, sacco e cremastere) non mantenendo essi sempre gli stessi rapporti topografici. Bassini per giunta, nella sua stringatissima descrizione e nelle poche tavole, ha trascurato del tutto le manovre sul convoluto che sono le più difficili. Le suture si possono anche apprendere sul cadavere, lo sbloccamento e l'isolamento difficilmente, data la rarità di trovare un cadavere ernioso. Queste le ragioni del mio procedere. Non parliamo poi delle manovre fatte sul convoluto con strumenti taglienti preferite dal Drüner. Sono difficili e pericolose perchè gli elementi sono affondati sotto le tuniche, disseminati, e dovendo perciò lavorare al buio niente di più facile di ledere o il vaso deferente o il fascio vascolo-nervoso. Mi consta che tali lesioni sieno veramente accadute anche ad abili operatori per questo riguardo. Drüner conserva gelosamente cremastere e tuniche avvolgenti il cordone, Bassini li estirpa. Notiamo subito che il cremastere e le tuniche nelle ernie voluminose sono ipertrofici, quindi tessuti patologici; sono stati malmenati; sono come già dicemmo lontani dalle loro fonti nutritizie. Bassini li estirpa, Drüner li conserva a protezione degli elementi del cordone che con ciò risulterà molto più grosso del normale e offrirà quindi la possibilità di rendere troppo ampi i fori di transito con pericolo di recidiva. Bassini lascia il campo operatorio ampiamente in vista; tutti gli organi al loro posto e colle loro funzioni. È vero che talvolta, in seguito alla Bassini, si possono avere inconvenienti anche gravi per il cordone (*chi è di voi senza peccato scagli la prima pietra!*) ma questi sono assolutamente provocati da errori di tecnica. O i due anelli inguinali sono riusciti troppo ristretti o il cordone troppo lungo, quando si tratti specialmente di ernie voluminose scendenti molto in basso nello scroto. Tutti questi inconvenienti sono vagliati nel mio libro. La esperienza ha dimostrato che l'abolizione del riflesso cremasterico non ha avuto nessuna influenza sulla funzione del testicolo. Certamente gli accorgimenti operatori di Drüner sono interessanti, ma di fronte alla semplicità, alla razionalità, alla sicurezza ed agli esiti della Bassini in buone mani, non credo che la modificazione di Drüner troverà molto seguito.

L'OPERAZIONE DI SCHMIEDEN.

Il procedimento di Schmieden è identico a quello di Bassini con una sola variante che consiste nell'estrarre metodicamente dallo scroto il testicolo ed il cordone e, ultimato il trattamento del sacco, praticare nelle carni del muscolo obliquo interno e trasverso un occhiello procedendo da dietro in avanti sul fianco interno dell'anello inguinale interno. Attraverso a questo occhiello si fa passare il testicolo col cordone spostato durante la sutura profonda e avvolto in garze umide per rimetterlo poi nello scroto fissandolo in fondo. Lo scopo di questa operazione sarebbe quello di abolire la recidiva superiore (obere Recidiv) escludendo l'antico anello inguinale addominale.

Il Carraro, primario a Rovigo, uno fra gli ultimi allievi di Bassini e quindi molto competente in materia nel *Zentralblatt f. Chir.*, fece una critica vivace all'operazione di Schmieden. Rispose lo Schmieden che anche la sua operazione non era la panacea per guarire tutte le ernie e che la usava solo in casi speciali: e mentre era molto favorevole alla Brenner usava spesse volte anche l'originaria Bassini. Purtroppo nel suo recente trattato del 1933 a pag. 39 scrive se non sia il caso di lasciare del tutto la Bassini. Vi è stato quindi un progresivo peggioramento nei riguardi della Bassini. Vediamo se possiamo farlo ricredere, perchè trattandosi di una personalità chirurgica eminente, il suo giudizio sulla Bassini è molto grave.

Malgrado il Bumm a pag. 153 del suo volume dica che l'estrazione del testicolo alla Schmieden previa legatura del gubernaculum, il mantenerlo durante le non brevi manovre fuori della borsa, avvolto e protetto forma il segreto dell'operazione (der Trick) credo che ciò sia manovra non scevra di pericoli come è facile immaginare. Io penso che veramente lo scopo fondamentale della Schmieden sia quello di abolire l'apertura interna del canale inguinale e ottenere con ciò una sutura profonda di Bassini senza discontinuità creando

una nuova via di transito al cordone attraverso le carni dei muscoli piccolo obliquo e trasverso mediante un'apertura che dovrà rimpiazzare l'antico orificio inguinale causa frequente dell'obere Recidiv.

Nella originaria monografia di Bassini vi è disegnata la sutura profonda continua ma incompleta. Eseguendo la nodosa, come dice e come fece sempre Bassini, la sutura resta lunga non meno di otto centimetri ossia l'estremo superiore finirà al di sopra dell'antico anello, e il cordone dovrà per forza fare una gomitatura spostandosi verso la spina iliaca. Coll'attorcigliamento del sacco si spiana e si sposta l'antica imboccatura inguinale. Il cordone nella Bassini non resta circondato come nella Schmieden da tessuto cruentato che in parte deve anche venir cucito se il foro è troppo grande. Le contrazioni della muscolatura dovranno per forza molestare il cordone specialmente le vene; che se poi il foro di Schmieden riuscisse troppo ampio potrebbe far capolino la famosa *obere Recidiv* che Schmieden col suo metodo vuol proprio evitare.

Nelle tavole di Bassini incise da un profano non si vede la gomitatura che deve subire il cordone in seguito alla sutura profonda, ma nelle mie ho cercato di far risaltare questo fatto molto importante. La sutura di Bassini (profonda) spostando in alto il cordone gli fa subire una angolatura della quale il lato profondo poggia sul grasso presieroso, mentre l'anteriore si adagia sull'obliquo interno e precisamente sulla porzione più robusta e meglio sviluppata. La contrazione delle fibre muscolari che circondano il foro di Schmieden dovranno per forza più o meno comprimere il cordone e stringerlo, mentre col trattamento esatto di Bassini questo fatto non può avverarsi. Purtroppo le molteplici descrizioni e illustrazioni della Bassini fatte nei trattati non sono buone. Schmieden nel suo notissimo trattato di tecnica chirurgica descrive la Bassini non esattamente. Egli non incide la fascia *trasversalis* e applica solo 3-5 punti per la sutura profonda che sono pochi e non comprendono tutto il triplice strato, quindi manca ogni gomitatura. Qualcuno potrebbe obbiettare che 7-8 punti sono troppi e che vi è la possibilità che la gomitatura impedisca o per lo meno disturbi il libero transito del cordone, ma io nel mio libro ho detto che con movimenti di va e vieni bisogna cerziorarsi che il cordone passi con facilità e quindi non subisca stringimento. La fascia *trasversalis* deve essere sempre aperta non solo per poterla comprendere nel triplice strato ma per molte altre ragioni che io enumero nel mio testo.

Purtroppo dobbiamo constatare che l'operazione di Bassini nella maggior parte dei trattati anche più recenti di tecnica chirurgica è mal fatta sia come dizione sia come tavole illustrative. Vediamo ad esempio nel recente trattato sulle ernie di Bumm di Berlino nel quale la parte clinica e anatomo patologica è fatta molto bene, quella viceversa che riguarda proprio l'operazione di Bassini è molto deficiente e le tavole illustrative non corrispondono per nulla ai diversi momenti operatori, cosicchè non si può avere neppure una lontana idea dell'operazione di Bassini.

Io mi auguro e spero che l'illustre professore Schmieden, dopo l'esame del mio volume e dopo le considerazioni che faccio in questa mia comunicazione preventiva e nella prossima completa, ritornerà all'antica Bassini e sono certo che la troverà superiore a tutte le altre. Io non credo che la sua proposta possa trovare molti consensi, e mi auguro che il Bumm in una prossima edizione del suo libro che pure ha tanti meriti, provveda a migliorare la parte illustrativa dell'operazione di Bassini.

IL PROCEDIMENTO DI KIRSCHNER

Fra tutti gli autori che hanno descritto e illustrata l'operazione di Bassini il Kirschner merita senz'altro il primo posto. L'ampia e minuta descrizione della Bassini anche nei particolari, le magnifiche ed eleganti figure illustranti i diversi tempi dell'operazione attirano subito la nostra attenzione, e si impongono colla massima efficacia. Indubitatamente chi legge e studia attentamente quanto scrive e dimostra il Kirschner a proposito della Bassini potrà farsi una chiara idea del tecnicismo operatorio, e avere una guida preziosa nell'esecuzione dell'operazione.

Mi permetto di fare qualche piccola osservazione alla sua descrizione della Bassini.

Mentre nel testo dice espressamente di incidere la *trasversalis* nelle due tavole 87-89, la *trasversalis* si vede incisa solo nel punto più delicato vicino ai vasi, ma non compresa nei primi due punti di sutura profonda. Anche la porzione inferiore dell'obliquo interno e del trasverso è disegnata muscolosa fino alla sua unione col margine esterno, locchè in generale non è tramutandosi essa nel tendine congiunto. Kirschner dopo incisa l'aponevrosi non estrae tutto il convoluto erniario dalla gronda, ma lo lascia in posto incidendo per il lungo il crema-

stere e la vaginale comune, dissociando questi elementi dal sacco e dal cordone, senza estirparli ma comprendendoli nella sutura profonda all'orlo della gronda. Abbiamo già ampiamente studiate le ragioni per le quali Bassini estirpava questi organi maltrattati durante le manovre, lontani dai loro peduncoli nutritizi, ecc. Bassini sloggiando tutto il convoluto dalla gronda rende le manovre sullo stesso facilissime e sicure, e io non insisterò mai abbastanza su questo fatto. Questi organi inutili e spesso dannosi dopo la loro rimozione lasciano il campo operatorio nella massima evidenza e costituito da soli organi in piena efficienza a funzione determinata. Nei bambini a cremastere sottilissimo si può lasciare. Nelle ernie voluminose è un errore. Il Kirschner nella benevola critica al mio libro dice di preferire la resezione in primo tempo delle anse strozzate. La mia esperienza e quella dello stesso Bassini ci ha insegnato ad essere molto prudenti. L'incisione in alto del cingolo strozzante è regola insegnata da Scarpa. Io colla semplice bollitura quando andai a Camerino non ho mai avuto più del 4-5 % di suppurazioni.

Ora il Kirschner nella sua modificazione alla Bassini sposta stabilmente sottocute il cordone ossia al davanti dell'aponevrosi suturata. Questa idea è di Postemsky di Roma già conosciuta fino dal 1890, come è di Mugnai quella di mettere il cordone dietro la sutura profonda (1890). Kirschner invece di una gomitatura come quella provocata da Bassini ne provoca due; nè io posso dire se potrà quella doppia di Kirschner dare inconvenienti; certo però che il mettere il cordone immediatamente sotto cute che potrebbe esser anche molto sottile, espone il cordone maggiormente, ed è manovra non prudente data la frequenza dei processi infiammatori in quella regione (bubbone venereo, ecc.).

Comunque la modificazione di Kirschner è di gran lunga superiore a tutte quelle proposte finora, perchè in fondo Kirschner rispetta i punti sostanziali della Bassini. Io non ho esperienza del trapianto di lembi aponevrotici bene illustrati nella figura 100 di Kirschner anche perchè non ho mai avuto bisogno di ricorrervi e non avendo in essi molta fiducia. Nelle ernie recidive gravi colla pratica da me descritta nel mio libro sono rimasto contento.

CONCLUSIONE

Colla massima serenità possiamo dire che tutte le modificazioni della operazione originaria di Bassini non resistono al vaglio di una critica spassionata e serena. L'operazione di Bassini è tale monumento perfetto di tecnica chirurgica che resisterà a tutte le intemperie del tempo e sono certo che gli stessi inventori che sono chirurghi di altissima fama finiranno col darmi ragione. Io ho cercato di ricondurre l'operazione di Bassini alle sue fonti. Il tempo dirà se ci sono riuscito.

RIASSUNTO.

L'A. fa una critica completa alle più recenti modificazioni dell'operazione di Bassini per la cura dell'ernia inguinale. Riguarda specialmente i procedimenti di chirurghi tedeschi.

Queste modificazioni non sono che dei veri peggioramenti dell'antico metodo originale di Bassini del quale l'A. ha stampato un recente volume-atlante completo.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE D'ORVIETO - SEZ. CHIRURGICA.

La rachianestesia percainica nel taglio cesareo.

G. TROGU, primario e direttore.

Le numerose pubblicazioni da tre anni a oggi comparse sulla percaina come anestetico locale, tronculare, epidurale, rachidea, del cavo addominale ecc., renderebbero superflue queste mie note se esse non mirassero più che al contributo casistico, alle modalità di preparazione degli operandi con rachianestesia percainica. Mi riferisco alla tecnica del Quarella minutamente descritta e da me usata con esito ottimo in numerosi interventi addominali, ma specialmente mi riferisco alle conseguenze pericolose della iniezione di scopolamina e morfina fatta un'ora prima dell'atto operativo all'operanda di taglio cesareo.

Il Moncalvi dell'Ospedale Maggiore di Milano, e qualche altro, giustamente notavano, parlando degli interventi addominali in genere con l'anestesia percainica, la non necessità dell'iniezione scopolamina-morfina preparatoria anche perchè già sotto l'azione della percaina in taluni pazienti si ha la tendenza all'assopimento.

Riferisco senz'altro succintamente il caso clinico occorsomi recentemente, che mi sembra molto dimostrativo al riguardo.

Dal Brefotrofio d'Orvieto mi viene accompagnata in ospedale certa N. G., d'anni 23, in gravidanza a termine con bacino piatto, rachitico di terzo grado.

La paziente nacque a termine con lussazione congenita delle due anche; non soffrì malattie

acute degne di nota sia nell'infanzia che nell'adolescenza. Crebbe robusta di torace, ma stretta nel treno inferiore, contrasto questo di rapporti bene visibili oltrechè metricamente accertabile.

Restata incinta, non si fece vedere da alcun sanitario per i provvedimenti a tempo del caso, stante la viziatura del bacino, e portò a termine la gravidanza, finchè giunse alla mia osservazione.

Il feto era vivente e non sofferente. Il caso clinico non offriva discussioni: il sacco amniotico integro, le funzionalità cardio-vascolare, polmonare, renale della gravida ottimi imponevano il taglio cesareo, che accettato, praticai il 15-V-1933.

Data la costanza degli ottimi risultati avuti in numerosi precedenti rachianestesie alla percaina col metodo Quarella sia basse che alte, optai per questo metodo nonostante in passato per la cesarea avessi usato la narcosi eterea.

Preparai la paziente un'ora prima con la solita iniezione scopolamina-morfina e un quarto d'ora prima dell'intervento coll'iniezione di efedrina. Praticai la rachi a paziente seduta e dopo averla messa in decubito dorsale feci dare al letto lieve inclinazione. Dopo dieci minuti l'anestesia si era estesa fino all'epigastrio. Laparatomizzai rapidamente la paziente dal pube fino a cinque centimetri al disopra della cicatrice ombellicale per potere esteriorizzare l'utero voluminoso; incisi l'utero, il sacco amniotico ed estrassi rapidamente il feto. Condussi il resto dell'operazione con la ben nota tecnica senza che la puerpera presentasse alcun disturbo generale.

Infatti il polso, il respiro, il colorito del viso, si mantennero sempre buoni nei tre quarti d'ora dell'operazione e nel decorso successivo fino a che la paziente venne rinviata guarita col figlio al Brefotrofio in 14ª giornata. Il feto che prima dell'atto operativo non aveva mai dato segno di sofferenze, nonostante l'estrazione rapida dall'utero, si presentò cianotico, assopito e solo dopo più di una ventina di minuti si riprese lasciandomi tranquillo sulla sua vitalità. Si dovette ricorrere alla respirazione artificiale, agli stimoli riflessi con abluzioni calde e fredde per riaverlo. Il neonato respirava superficialmente pur non avendo alcuna secrezione ostacolante l'istmo delle fauci e della trachea, mentre il cuore aveva una aritmia preoccupante. Il quadro quindi di un feto intossicato era evidente.

Quale la causa di questa intossicazione? L'azione della percaina e della scopolamina-morfina insieme oppure l'azione della sola scopolamina-morfina?

Prima di dare una risposta attendibile sulla interpretazione di tale avvelenamento richiamo l'attenzione su quanto è oggi acquisito in merito alla tossicità degli anestetici in genere. Dalla cocaina siamo arrivati alla percaina passando attraverso una serie di farmaci anestetici bene studiati dal punto di vista farmacologico e sperimentale. Non sono remoti gli studi sperimentali di Braun, Härtel, Pauchet, Vinci, e numerosi altri sulla cocaina, tropacocaina, eucaina A-B, holocaina, acoina, anestesina, subcutina, ortoformio, neortoformio, propesina, zicloform, stovaina, alipina, novocaina, tutocaina, scurocaina, percaina, tanto sulla anestesia locale quanto sulla anestesia rachidea, epidurale ecc.

Si può dire che la tossicità di questi farmaci ha un decrescendo utile per il chirurgo, che può anche se non coadiuvato da personale tecnico per la narcosi generale, accingersi ad interventi gravi con sicura coscienza di riuscita. Già dal 1919 scrissi sulla scelta dell'anestesia, che riportai con aggiunte nel primo capitolo del mio lavoro *Appunti e rilievi di Chirurgia* (1924) e in essi già trattai dei diversi anestetici, del loro uso, della loro tossicità e pericoli.

Sono oramai più di due mila rachianestesie da me fatte, basse ed alte, in interventi di tutti i generi sull'addome, ed in ordine cronologico in rapporto ai farmaci usati per la rachi, la mia esperienza va dalla cocaina alla stovaina, tropacocaina, novocaina, tutocaina, percaina.

Ritengo che la maggior parte dei disturbi secondari nella anestesia rachidea ed epidurale lamentati sia dovuta alla tecnica.

Sono sempre da condannare le punture imprecise che non apprezzano il passaggio dell'ago attraverso il legamento giallo e la dura. Gli aghi e le siringhe devono essere bolliti in acqua distillata e la cute, disinfettata con la tintura di iodio, deve sempre essere ripulita con siero fisiologico per evitare che qualsiasi sostanza irritante con la puntura lombare venga portata a contatto della dura. I disturbi osservati nella rachianestesia, fatta con tecnica rigorosa, sono da attribuirsi solo alla tossicità degli anestetici. Il pallore, la caduta del polso, le nausee, i conati di vomito, le cefalee sono tutti addebitati alla tossicità e quantità dell'anestetico. Io ho avuto buone anestesie rachidiane con tutti gli anestetici menzionati, ma ho l'impressione che il farmaco più tollerato, senza preoccupanti disturbi sia la percaina. Resto fedele alla novocaina per le anestesie locali e tronculari con le quali eseguisco buon numero d'operazioni specie nei vecchi. Così pure mi ha bene risposto l'anestesia splancnica alla Braun con novocaina per gli interventi gastrici nei vecchi. Però dico subito che negli interventi gravi delle vie biliari e dello stomaco in individui robusti ho ritrovato sempre migliore libertà d'azione con la rachianestesia alta. La rachianestesia novocainica, tropacocainica alta mi ha dato diverse volte preoccupazione per gli effetti immediati, cosa che da che uso la percaina non ho più notato.

Il metodo Quarella, eseguito fedelmente ha dei vantaggi indiscutibili: sono con questo metodo eseguibili tutti gli interventi addomi-

nali dai bassi agli alti con tranquillità anche se laboriosi e lunghi. Però, secondo la mia esperienza, quando i pazienti sono deboli e giovani possono tollerare l'atto operativo anche senza l'iniezione preparatoria scopolamina-morfina. Da più di un anno faccio estesamente l'anestesia alla percaina sacrificando qualche caso che avrei potuto operare con l'anestesia tronculare alla novocaina e mai notai per parte dei pazienti disturbi di sorta.

In genere l'anestesia è ottima, duratura e non inquietante anche quando si estende alla regione mammaria. Io l'uso nei vecchi non molto depauperati e nei giovani robusti di età non inferiore ai 16 anni. I giovani tollerano male l'iniezione scopolamina-morfina, per cui ne faccio a meno, avendo ottima anestesia con la sola rachipercainica a dose proporzionata. Non la percaina quindi è la causa delle sonnolenze depressive, delle cianosi, nausee, pallore, sudore freddo, ma la scopolamina-morfina preparatoria fatta ai giovani e ai deboli. Il caso mio ricordato comprova l'intolleranza anche del feto al cumulo tossico della scopolamina-morfina-percaina. Lo stato di sopore e di congestione del feto in pericolo di vita era evidentemente dovuto alla iniezione di morfina-scopolamina fatta alla mamma un'ora prima, e non già alla dose minima di percaina iniettata pochi minuti prima della rapida laparotomia ed estrazione del feto dall'utero. Pur a conoscenza dell'intolleranza dei giovani all'iniezione di scopolamina-morfina mi decisi ad attuare al completo il metodo Quarella perchè nel dubbio di una incompleta anestesia senza l'iniezione preparatoria, avrei dovuto operare in modo disagevole non disponendo di personale sicuro per la narcosi eterea prolungata. In ogni modo il mio caso è istruttivo e mi pare sia bene dimostrativo per richiamare l'attenzione dell'operatore quando si accinge ad eseguire la cesarea con la rachipercainica. Sarebbe doloroso estrarre con la cesarea un feto non vitale quando qualche ora prima lo si sapeva non sofferente.

RIASSUNTO.

L'A. descrivendo un caso di taglio cesareo con estrazione di un feto semi-asfittico per cianosi e sopore ritiene che ne sia stata causa l'iniezione preparatoria scopolamina-morfina secondo il metodo Quarella e conclude che nei giovani, nelle persone deboli, e specie nelle cesaree si debba evitare, senza pregiudizio dell'anestesia, l'iniezione preparatoria scopolamina-morfina.

BIBLIOGRAFIA.

QUARELLA. *La rachianestesia alla percaina*, 1930.

NORDIO. *La rachianestesia alla percaina*. Annali di Ostetricia, 1931.

RITTER. *Un nuovo anestetico locale (percaina)*, 1929.

LUQUET M. G. *Tecnique de la rachi à la percaïne*, 1929.

ADDIS L. *Note preventive sull'anestesia locale con la percaina*, 1931.

NARDELLI E. *Esperienze su di un nuovo anestetico locale*, 1931.

ALHAIQUE A. *Sui moderni mezzi di anestesia chirurgica locali e rachidea*. Rinascenza Medica, 1931.

SUSSI L. *Percaina quale anestetico del cavo addominale*, 1931.

MONCALVI L. *Della percaina nella rachi*. Ospedale Maggiore di Milano.

ROSSI G. *Problemi dell'anestesia chirurgica*. Soc. It. Progr. Scienze, 1931.

MOSER E. *Ueber Perkainanwendung und Perkainvergiftung*. Centr. f. Chir., n. 27, 1931.

FRANKEL W. *Erwiderung zur Arbeit Moser « Ueber Perkaianwendung »*.

JONES W. *Percaïn a new regional and spinal analgesie With special reference, ecc.* An ert analg., n. 9, 1931.

TROGU G. *La scelta dell'anestesia*, 1919.

ID. *Appunti e rilievi di chirurgia*, 1924.

ID. *Sul valore della rachianestesia alta di Schilimpert-Kerer e della rachianestesia generale per via lombare di V. Riche con la novocaina*. Policlinico, Sez. Prat., 1920.

BIOGRAFIE.

EUGENIO TANZI

Eugenio Tanzi nacque a Trieste da famiglia irredentista, il 26 gennaio 1856. Studiò a Padova e a Graz; si perfezionò in psichiatria nel celebre manicomio di Reggio Emilia, dove compì i suoi studi sulla Paranoia. Poco dopo lo troviamo a Torino e poi a Genova presso Enrico Morselli. Quivi si occupò della *Rivista di Filosofia Scientifica* fondata dal Morselli stesso. Nominato straordinario di Clinica Psichiatrica nel 1893, insegnò prima a Cagliari, in seguito a Palermo; infine fu nominato nel 1895 a Firenze.

A Firenze, E. Tanzi fondò la *Critica Psichiatrica* detta di San Salvi, alla cui organizzazione dedicò tutte le sue forze giovanili, e che, sino alla fine, custodì con geloso entusiasmo.

Mente geniale, scrittore sobrio, raffinato, efficace, carattere saldo con amici e avversari, lottatore tenace pel trionfo dei suoi programmi, nel gennaio 1896 fondò la *Rivista di Patologia nervosa e mentale* (periodico alquanto pugnace sì nella critica, che nei silenzi) che tenne e tiene tuttora alto il prestigio della Neurologia, sia in Italia sia all'estero.

Nell'ottobre del 1896 stesso, si svolse a Firenze il IX Congresso della *Società Freniatrica Italiana*. Ho ancora fresche nella memoria le impressioni di questo Congresso, nel quale le ricerche istologiche di Ernesto Lugaro, coadiutore del Tanzi, incontrarono il plauso di tutti noi e con le quali la *Scuola di Firenze* iniziò il suo sviluppo trionfale. Ho ancora un altro ricordo: presi allora, cioè fin dall'inizio, l'abbonamento personale alla *Rivista di Tanzi* (così la chiamavamo per brevità); abbonamento che non ho più abbandonato.

Nel 1926, festeggiandosi il 70° compleanno del Maestro di Firenze, ed essendo presente S. R. Cajal, gli allievi di Lui pubblicavano un volume di *Studi Neurologici* (Tipograf. Sociale Torinese, Torino, 1926), che costituisce un documento inequivocabile dell'indirizzo metodologico, dei programmi e della grande operosità della Scuola di E. Tanzi.

Il Maestro si spegneva il 18 di gennaio del 1934, circondato dai Suoi più amati discepoli e seguito dall'universale rimpianto dei Colleghi neurologi e psichiatri.

*
* *

Ogni vita ha un significato, che non è quello cronologico, nè quello strettamente biografico. La vita operosa di E. Tanzi ne ebbe uno di certo; e va rilevato.

Egli, all'inizio mostrò netta tendenza per gli studi psicologici. Dal 1884 al 1890 non scrisse che di psicologia e psicopatologia; poi se ne occupò ad intervalli; ed i suoi migliori contributi arricchirono il suo *Trattato delle Mal. Mentali* del 1904 e la sua *Psichiatria forense* del 1912.

Ma, E. Tanzi non trovò appagamento nella psichiatria; per una reazione intellettuale (facile a comprendersi dati i tempi che allora correvano, e le persone che dominavano le nostre discipline), cambiò rotta e si fece, innanzi tutto, neurologo e maestro di neurologia. La nuova tendenza si realizzò in E. Tanzi nella sua piena consapevolezza, tanto che egli ne parlava con palese compiacimento. Egli *volle* essere neuroistologo.

Dopo Camillo Golgi, si ebbe in Italia una vera fioritura di Scuole neurologiche; ma ciascuna Scuola assunse una fisionomia particolare; così quella del Golgi stesso a Pavia; quella di Leonardo Bianchi a Napoli; quella di G. Mingazzini a Roma e poi quella dello Sciamanna e del Tamburini a Roma stessa... Nessuna di queste Scuole ebbe però il significato di quella di E. Tanzi a Firenze. Esse preferirono metodi e perseguirono dottrine ed ipotesi diverse, tutte concordi col movimento anatomo-istologico e neuropatologico dell'epoca; ma ciò non tolse che si notassero dei neurologi, come Leonardo Bianchi ed Ernesto Lugaro, non di sprezzare il metodo psicofisiologico, e il psicologico anche nella Clinica psichiatrica. Soltanto E. Tanzi, più radicale, credette e sostenne che, al di fuori del metodo istologico non vi fosse salvezza per la psichiatria.

Se E. Tanzi volle essere anatomico a dispetto delle sue originarie tendenze, ciò torna a grande onore del suo carattere e del suo programma di vita. Nel suo lavoro fondamentale (*I Fatti e le Induzioni nell'odierna istologia del sistema nervoso. Rassegna critica*, 1893) riassumeva e confermava tutta la sua posizione metodologica per lo studio della psichiatria, mostrandosi entusiasta della nuova istologia, della nuova fisiologia ed anche psicofisiologia, del Ramon y Cajal. Non è senza significato che questo lavoro fu scritto per paragrafi, ciascuno dei quali costituito da un teorema. Tutta la morfologia e la patologia neuronica è passata in rivista nei primi 5 teoremi; il 6° e il 7° sono dedicati alla legge della polarizzazione dinamica; dopo l'8° teorema l'A. tratteggia la sua ipotesi fisiopsicologica, la quale parve più audace di tutte le ipotesi già avanzate dal Cajal. E. Tanzi pagò di persona e volle anche essere uomo di laboratorio, come dimostrano i suoi lavori, per es. quello molto notevole (sulla *Atrofia secondaria indiretta dei centri nervosi. Ricerche sperimentali*) nella *Rivista* del 1902.

La « reazione » di Tanzi fu per lui intellettualmente economica. La psicologia divenne per lui un'applicazione della morfologia e della fisiologia nervosa. La prova più forte di tale programma, dopo l'ipotesi di cui si è fatto cenno, si ebbe di poi nel suo scritto: *Una Teoria dell'allucinazione*, del 1901; imperniato tutto su una veduta istofisiologica di Ramon y Cajal e sua.

Va ricordato tuttavia il discorso inaugurale tenuto dal Tanzi il 15 novembre 1896. Quel discorso che si legge tuttora con vero godimento, era intitolato: *I limiti della psicologia.* E. Tanzi vi apparve seguace dei sensisti inglesi, evoluzionista, meccanicista, sostenitore della teoria del neurone e dell'atto riflesso in ambedue i campi: fisiologico e psicofisiologico... Eppure il suo magnifico buon senso si riaffermava quando, resistendo agli allettamenti della causalità, sosteneva, in quello stesso discorso, il *parallelismo* tra perfettibilità delle funzioni intellettuali e morfofisiologia del sistema neuronico.

Comunque, la Scuola neuropsichiatrica di Firenze fondata da E. Tanzi resta e resterà gloriosa, non per le vedute di indole generale espresse e sostenute dal suo Fondatore, ma per il *Trattato delle Malattie Mentali* del 1904, rifatto in due grossi volumi con la collaborazione preziosa di Ernesto Lugaro (2ª ediz. del 1913-15 e 3ª ediz. del 1923); opera che onora grandemente la Neuropsichiatria Italiana.

SANTE DE SANCTIS.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI RESPIRATORI.

Malattie del tratto superiore delle vie respiratorie. Problemi connessi coll'etiologia e la profilassi.

(A. R. DOCHEZ, K. MILES e G. KUGELAND. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 4 novembre 1933).

L'influenza in forma pandemica si osserva solo di tanto in tanto; ma col nome di influenza si indicano epidemie minori di una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da inizio acuto, prostrazione, febbre e relativamente lieve interessamento delle vie respiratorie alte. C'è un rapporto fra queste forme e il comune raffreddore e fra questo e le condizioni atmosferiche, sebbene oramai per il raffreddore si ammetta senz'altro la causa infettiva come la più importante.

Le ricerche batteriologiche fatte sul raffreddore hanno dato tale molteplicità di batteri da rendere il problema ancora più difficile. Nei riguardi dell'influenza, l'ultima pandemia ha fatto perdere terreno al b. emofilo di Pfeiffer come agente etiologico, nè da allora si è modificato lo stato della questione.

Negli individui che soffrono di raffreddori varie volte all'anno si è trovata una « flora basale » del tratto respiratorio alto composta non solo di germi ritenuti per lo più non patogeni, ma anche per periodi più o meno lunghi di germi noti come altamente patogeni (streptococco emolitico, pneumococco e emofilo dell'influenza). Questi germi non sono necessariamente associati alla sintomatologia dell'infezione delle vie respiratorie alte, possono non aumentare di numero durante il raffreddore; soltanto si può affermare che esiste un rapporto fra l'attività di questi germi e i processi infiammatori secondari del tratto superiore delle vie respiratorie.

Ricerche sui lattanti hanno portato un po' di luce in questo problema. Il tratto respiratorio alto del lattante è sterile alla nascita, ma durante il primo mese di vita acquista una flora batterica simile a quella dell'adulto e il primo apparire di germi patogeni non provoca necessariamente una malattia. Un'alta percentuale di malattia respiratoria compare fra l'8° e il 14° mese, e il manifestarsi del raffreddore non è accompagnato da alterazione della flora basale e il raffreddore è per lo più lieve e senza complicazioni. Questo succede per lo più in autunno. Verso la metà dell'inverno si ha di nuovo per lo più una malattia respiratoria che si presenta questa volta col quadro di una malattia acuta o del tipo dell'influenza o di una infiammazione localizzata.

Nel 1924 Kruse pel primo disse che il raffreddore poteva dipendere da un virus filtrabile e da allora qualcuno confermò e qualcun altro negò le sue osservazioni.

Nel 40 % degli scimpanzè l'inoculazione nel naso di filtrati senza batteri presi da individui con raffreddore, si è riusciti a riprodurre il raffreddore e contemporaneamente si aveva lo sviluppo abbondante di germi patogeni prima scarsi. Se questo germe patogeno era il tipo S o R dell'emofilo dell'influenza era sempre questo stesso tipo che si sviluppava nei raffreddori successivi.

Questo virus filtrabile sopravvive anaerobicamente in freddo per almeno 13 giorni, è inattivato dal calore a temperature relativamente basse, e si moltiplica in mezzi di cultura rappresentati da tessuto del tipo usato precedentemente per la cultura del virus vaccino.

Per quanto riguarda l'influenza, gli esperimenti di Yamanouchi e di altri mettono in evidenza un virus filtrabile.

Un virus filtrabile fu coltivato dagli AA. in due separate manifestazioni interpandemiche della malattia.

Clinicamente l'uso di un vaccino è stato una delusione, come del resto c'era da aspettarsi. Il vaccino può essere tutt'al più utile per le complicazioni batteriche secondarie e rende meno imponente le manifestazioni successive.

L'uso profilattico di vitamina A e D, le norme igieniche generali, le condizioni di aereazione notturna della camera, ecc. non hanno dato risultati soddisfacenti. R. LUSENA.

Della muscolatura bronco-polmonare. Sue alterazioni sistemiche in varie condizioni morbose.

(A. LUISADA. *Archivio dello Istituto Biochimico Italiano*. febbraio 1933).

Sono affatto recenti le ricerche sistematiche sul tessuto muscolare liscio del parenchima

polmonare. Baltisberger ha pubblicato uno studio completo nel 1921: egli distingue una muscolatura parenchimale ed una interstiziale. La prima circonda l'albero bronchiale sotto forma di tuniche; la seconda che è ricchissima si svolge in parte sotto forma di membrane nei setti interlobulari, in parte riveste i vasi linfatici, in parte trovasi nel tessuto perivasale. Vi è inoltre una ricca provvista di fasci muscolari disordinati, aberranti, ed uno strato si trova al di sotto della pleura.

Non esistono studî sistematici sulle alterazioni della muscolatura polmonare ma solo osservazioni un po' frammentarie.

L'A. ha studiato: tre soggetti di varia età morti per sepsi croniche; quattro soggetti morti in seguito a malattie cachetizzanti; vari soggetti morti dopo aver presentato dispnea per lungo tempo (asma bronchiale, scompenso circolatorio con lesioni dei vasi polmonari o dell'aorta, o della mitrale, ecc.).

Nell'esporre il risultato delle ricerche istologiche l'A., evitando il dettaglio minuto dei numerosi protocolli, riferisce sinteticamente le alterazioni del sistema muscolare del polmone, prendendo come base di classifica i seguenti gruppi di lesioni: *a*) processi degenerativi e infiammatori; *b*) processi di atrofia; *c*) processi di ipertrofia e iperplasia.

Processi degenerativi e infiammatori a carico delle fibre muscolari liscie: l'A. ha riscontrato tutta una serie di alterazioni istologiche nei processi di sepsi che si svolgono nelle comuni malattie infettive e nelle infiammazioni acute dell'apparato respiratorio. A volte esse sono diffuse a tutto il parenchima, a volte prevalgono in certe zone di uno stesso preparato. Egli ha riscontrato frequentemente un processo degenerativo dei nuclei, che li rende mal colorabili ed anche un processo di rigonfiamento torbido ed evidente scomparsa della striatura longitudinale. Ha osservato spesso infiltrazione parvicellulare a carico dei condotti alveolari ed infundiboli che costituisce un serio ostacolo allo studio della struttura muscolare.

Processi di atrofia della muscolatura liscia: questa può essere semplice, come nell'enfisema senile, in molti casi di enfisema sostanziale e in vari casi di cachessie prolungate oppure associata a sclerosi dei condotti alveolari, nei casi di cachessia tbc., in soggetti morti per cirrosi epatica, in luetici aortici, in vecchi con lesioni gastriche o epatiche.

Processi di ipertrofia o di iperplasia della muscolatura liscia polmonare: l'A. ha trovato processi di ipertrofia semplice in casi di miocardite cronica e in soggetti con vizî mitralici, non solo nella muscolatura parenchimale ma anche in quella dei bronchi medi e grossi. In soggetti con notevole aumento di spessore dei fasci muscolari, ha rilevato la presenza di sottili tralci di connettivo circondanti da ogni lato i fasci muscolari ed insinuantisi anche nel loro interno.

Riguardo alla iperplasia muscolare, essa è più diffusa ed evidente nelle malattie croniche che colpiscono gravemente il polmone e si allaccia a lesioni del sistema vascolare (alterazioni dei vasi polmonari) o a lesioni del sistema bronchiale (bronchiettasie).

Ipertrofia e iperplasia della muscolatura interstiziale e sotto pleurica: l'A. in base alle sue ricerche, comunica che in alcuni casi è visibile un notevole aumento della muscolatura interstiziale e in altri un modico aumento della muscolatura liscia sottopleurica, sia in connessione con ipertrofia delle fibre circondanti gli spazi linfatici sottopleurici, sia autonomo.

Infine l'A. cerca di risalire dalle lesioni istologiche ai fenomeni funzionali ed alle cause morbose che li hanno originati, riunendo in gruppi le lesioni osservate nei casi di soggetti che avevano presentati forme dispnoiche. In tutti i casi di enfisema ha rilevato atrofia della muscolatura dei bronchioli e dei condotti alveolari; semplice o associata a sclerosi e pensa che siano state a produrla le cause stesse meccaniche ed infettive che hanno condotto all'enfisema.

Nei casi di asma bronchiale il contrasto tra l'atrofia della muscolatura parenchimale e l'ipertrofia di quella dei grossi bronchi, induce a pensare alle conseguenze di un complesso disturbo della funzionalità muscolare broncopolmonare.

Nelle dispnee non associate ad enfisema (miocardite cronica, vizî mitralici), è regola l'ipertrofia della muscolatura liscia parenchimale, causata dalla esaltata funzione muscolare a scopo ausiliario, durata mesi ed anni.

Attorno a queste due categorie fondamentali vanno riunite le altre forme con processi di atrofia, ipertrofia, iperplasia, espressione dei varî fenomeni morbosi che colpiscono il polmone e ne alterano la sua struttura.

Vicentini.

L'olio iodato nella bronchiettasia, con uno studio di due casi dopo lobectomia.

(Joseph A. Weinberg. *Archives of Surgery*, settembre 1933).

L'uso dell'olio iodato nella broncografia e e nella cura della bronchiettasia è diventato molto esteso durante questi ultimi anni. Benchè si ammetta che questo procedimento non causi serie conseguenze, esistono però lesioni descritte da Archibald e Brown, e Hedblom. Nemmeno si conosce con esattezza quanto tempo l'olio rimane nel polmone e come vi viene trasformato.

L'A. ha eseguito recentemente la lobectomia in due pazienti affetti da bronchiettasia, che erano stati trattati con iniezioni di olio iodato

e semi di papavero al 40 %, prima dell'intervento.

Questi dati insieme a lavori sperimentali sono stati descritti dall'A. per rendere chiaro qualche punto controverso.

Dallo studio istologico eseguito sul tessuto polmonare dopo la lobectomia, l'A. conclude che: 1) l'olio iodato può essere ritenuto nel polmone almeno ottantatrè giorni dopo l'introduzione nell'albero bronchiale; 2) quasi tutte le cellule che si trovano nel polmone sono capaci di fagocitare goccie di olio iodato.

Egli ritiene inoltre che le forme di bronchiettasie cilindriche sono più adatte ad essere curate con l'olio iodato che non le bronchiettasie sacciformi, perchè in queste ultime alcune sacche non sono raggiunte dal medicamento, e le lesioni qui progrediscono nonostante la guarigione di altre sacche a contatto con l'olio iodato.

Iniettando l'olio iodato nella trachea di 11 cavie, e sacrificandole in periodi di tempo sempre più distanziati dall'iniezione, l'A. ha studiato le diverse lesioni istologiche, che egli riassume così: 1) l'iniezione di olio iodato produce aree multiple di atelettasia apparentemente dovute all'occlusione dei bronchi e bronchioli; 2) queste aree di atelettasia sono sempre accompagnate da una reazione infiammatoria; 3) le goccie di olio rimangono per più tempo nelle zone di atelettasia che in quelle bene aereate; 4) le goccie di olio sono subito assorbite dai tessuti e possono rimanere nelle pareti alveolari o essere trasportate lontano, come, per esempio, nella pleura.

In un'altra serie di esperimenti su 8 ratti l'A. ha fatto la legatura del bronco del lobo inferiore sinistro, e dopo ha iniettato in trachea l'olio iodato; egli ha voluto così avvicinarsi quanto più era possibile alle condizioni di una bronchiettasia. Le conclusioni di questa serie di esperimenti sono: 1) la legatura del bronco principale di un lobo polmonare con sutura assorbibile può produrre una condizione molto simile alla bronchiettasia; 2) l'olio iodato rimane per un maggior tempo in un lobo atelettasico e infiammato piuttosto che in un lobo più sano; 3) ogni tipo di cellula partecipa a fagocitare l'olio iodato.

Concludendo, gli esperimenti sugli animali mostrano che l'iniezione di olio iodato nell'albero bronchiale produce molte aree di atelettasia, e che l'estensione di essa dipende dalla grandezza del bronco ostruito. Questa condizione comunemente sussiste dopo un periodo di due settimane. Durante gli esperimenti parecchi animali morirono da quaranta a cinquantadue giorni dopo l'iniezione; tutti mostrarono estese lesioni di polmonite. È probabile che l'iniezione di una quantità eccessiva di olio iodato sia stato un fattore nello sviluppo della polmonite.

Questo fatto e le lesioni di atelettasia indicano che bisogna usare quantità molto piccole di olio iodato a scopo diagnostico. Negli animali da esperimento l'olio iodato è ritenuto per un maggior tempo nel polmone bronchiettasico che in uno più sano.

Questo dimostra un vantaggio nell'uso dell'olio iodato nella cura della bronchiettasia, dove è richiesta una permanenza prolungata del medicamento. R. MARTONE.

Equilibrio elettrolitico nella tubercolosi polmonare curata col metodo Leotta.

(RABBONI. *Riv. Pat. e Clinica Tuberc.*, 31 ottobre 1933).

È nota la importanza dell'equilibrio acido-base e le variazioni funzionali degli organi più svariati per il prevalere dell'uno o dell'altro ione antagonista.

I più studiati di questi equilibri sono quelli risultanti dal rapporto Ca:K e Cl:Na; sullo sbilancio di quest'ultimo è anzi oggi legata la terapia delle localizzazioni tubercolari con la dieta ipoclorurata di Gerson; il magnesio è ancora poco studiato: ricerche eseguite nella scuola di M. Ascoli (Cannavò) hanno messo in evidenza un rapporto funzionale tra il tasso nel sangue del magnesio ed il lobo anteriore dell'ipofisi.

L'A. premette le conoscenze attuali sul comportamento tra ioni metallici e metalloidici del sangue nella tubercolosi polmonare e precisamente: nei riguardi del calcio per il quale secondo alcuni (Robin 1895, Ferrier 1906) si avrebbe una decalcificazione, negata più tardi da altri autori tra cui Mayer, Wells, Calwell, Witt; nei riguardi del potassio sul quale pure discordi sono i pareri chè chi trova un aumento, chi una diminuzione dei suoi valori: Spiro ha trovato che il potassio del siero si presenta normale (mmgr. 21.1 %) mentre aumenta quello dei globuli rossi che da mmgr. 387.9, sale a 410 %; nei riguardi del cloro anche si hanno reperti contradittori: secondo Sauerbruch e Hermannsdorfer agirebbe dannosamente sulle lesioni tubercolari; su ciò è legato il principio della dieta aclorurata di Gerson. Nei riguardi del magnesio e del fosforo, data la loro difficile ricerca, poco si sa; ma secondo una unica ricerca di Cannavò ed Indovina, rimarrebbero nel valore normale.

L'A. ha studiato il comportamento del calcio, potassio, magnesio e fosforo nel siero di tubercolosi trattati col metodo Leotta, alcoolizzazioni dei nervi intercostali, nel polmone malato, e nei quali aveva escluso altre infermità che avessero potuto influire sull'equilibrio elettrolitico (nefropatie-diabete).

Per il dosaggio dei singoli ioni metallici si è servito del metodo di Dewaard per il calcio, di Kramer e Tisdall per il potassio; del metodo tritrimetrico di Kalinikowa per il magnesio; del metodo di Bang per il cloro; del metodo tritrimetrico di Cannavò per il fosforo, dei quali metodi tutti riporta la tecnica.

Dallo studio di 12 casi clinici di varie forme di tubercolosi polmonare, sia prima che dopo l'intervento, è venuto nelle conclusioni che per quanto riguarda il rapporto Ca:K, si ha una diminuzione del Ca ed aumento proporzionale del K; per quanto riguarda il magnesio ed il cloro si ha ora diminuzione ed ora leggero aumento di ambedue degli elettroliti; per il fosforo diminuzione costante del tasso.

Tali risultati l'A. li attribuisce al leggero grado di acidosi consecutiva al riposo funzionale del polmone malato, in seguito al trattamento col metodo Leotta. GONZALES.

La posizione declive nella chirurgia delle suppurazioni polmonari.

(COSTANTINI e CURTILLET. *La Presse Médicale*, 4 novembre 1933).

La chirurgia polmonare viene praticata, dalla massima parte degli operatori, in posizione seduta o semiseduta, frequentemente con leggera inclinazione sul lato sano, indipendentemente dal genere d'affezione per il quale s'interviene e dal tipo d'intervento che si esegue. Questa tendenza viene incoraggiata da ciò che scrivono in materia gli AA. più autorevoli in fatto di chirurgia polmonare; purtuttavia bisogna riconoscere che la posizione seduta, vantaggiosa allorchè si opera una pleurite purulenta, poichè l'ammalato si trova più a suo agio e respira meglio, ha i suoi inconvenienti in caso di intervento per cisti idatica, tubercolosi polmonare, suppurazione polmonare con espettorazione abbondante. In questi casi infatti, la posizione seduta o semiseduta, specialmente se associata ad inclinazione sul lato sano, rappresenta l'ideale per favorire l'inondazione bronchiale e l'insemenzamento del lato sano.

Già fin dal 1910 Picot proponeva, negli interventi polmonari, la posizione ventrale per la facilità d'evacuazione del pus, la facilità della respirazione, la minore emorragia, la migliore esposizione del campo operatorio.

Nel 1929 Santy segnala gl'inconvenienti della posizione seduta; secondo questo A. le sincopi mortali, di cui s'incolpa in genere l'anestesia, sono dovute a tale posizione e causate dalla inondazione brutale dei bronchi: per evitarle consiglia la posizione ventrale.

Lilienthal consiglia addirittura la posizione declive e sostiene la necessità di situare la testa ad un livello più basso del bacino.

Gli AA., in seguito ad incidenti dovuti alla posizione seduta, eseguono, da cinque anni a questa parte, gli interventi per suppurazione polmonare in posizione declive con l'asse del corpo inclinato di venti gradi. Hanno ottenuto grande regolarità respiratoria, facilità delle manovre operatorie e facilità d'evacuazione del pus dalla trachea e dalla bocca. Inoltre, data la grande sicurezza ottenuta con tale posizione, hanno abbandonata quasi completamente l'anestesia locale per l'anestesia generale, di breve durata, al cloruro d'etile; evitano in tal modo i fenomeni d'intossicazione dovuti alle forti quantità di novocaina che venivano usate in passato. L. FERRETTI.

MISCELLANEA.

L'ingrossamento delle gambe.

(L. ALQUIER. *Presse Médicale*, 17 genn. 1934).

L'ingrossamento delle gambe oltre ad essere un fatto antiestetico ed inelegante, è spesso causa di disturbi e molestie, è talvolta una vera infermità invalidante.

Lasciando da parte l'adiposi, la pseudoipertrofia miopatica, le ipertrofie scheletriche è certo che la moda degli abiti corti ha messo in evidenza più che non era per lo passato gli edemi e infiltrati che distendono il tessuto congiuntivo, deformano, ingrossano le gambe sia in totalità sotto forma di elefantiasi, sia solo parzialmente.

Le cause di questo disturbo possono essere generali e locali.

Tra le prime devono innanzi tutto essere annoverate le cardiopatie non compensate le quali provocano un edema da stasi, che distende uniformemente le parti declivi senza limite superiore netto. La pelle violacea a causa di venosità, talvolta marmorizzata a causa di piccole suffusioni sanguigne non può essere sollevata in pliche. La pressione digitale lascia una impronta che scompare con molta lentezza. Quando l'arto è posto in posizione elevata l'edema scompare più o meno rapidamente.

I gonfiori che Dieulafoy considerava come sintomi premunitori del brightismo sono oggi attribuiti a disturbi epato-renali.

Di regola sono localizzati alle gambe tra il polpaccio ed i malleoli, o al lato interno delle coscie o alla regione trocanterica. Ma in effetti essi possono prodursi ovunque: formano bozze sotto gli occhi, alterano il viso, ingrossano la nuca, le regioni sopraclavicolari, e diversi punti degli arti superiori e del tronco.

Quando sono localizzati agli arti non occupano tutte la loro circonferenza ma formano bozze mal limitate, con prolungamenti irregolari ed ineguali. La pelle non è modificata, ma talvolta è infiltrata, inspessita. Prendendo queste bozze a piene mani si può farle rotolare sotto le dita, mentre si apprezza che sono di consistenza mollastra con indurazioni parziali e nodosità.

Queste bozze sono costituite da un infiltrato del tessuto connettivo ed in parte da vero edema dovuto all'ostacolo alla circolazione linfatica prodotto dall'infiltrato stesso. Non sono soggette all'azione delle gravità tanto che non risentono gran vantaggio dalla posizione elevata mentre cedono agli esercizi moderati.

Le bozze alle gambe restano di solito poco

pronunziate e le loro variazioni seguono l'evoluzione dell'intossicazione generale.

Il trattamento di massaggio deve essere opportunamente dosato in modo da evitare l'eccessivo improvviso versamento in circolo della linfa tossica. Spesso questo trattamento fisioterapico locale migliora anche lo stato generale, e la scomparsa delle bozze coincide con la cessazione dei disturbi generali (cefalea, vertigini, dispnea ecc.).

Talvolta l'infiltrato linfatico senza colorazione violacea della pelle, duro, che non lascia impronta dopo la pressione digitale, prende proporzioni enormi. Le coscie, le gambe sono distese da masse dure, pseudolipomatose, segnate da solchi profondi, con cessazione netta nella parte declive per modo che nella parte sottostante l'arto conserva la sua linea. Alcune donne hanno coscie enormi con gambe sottili, altre hanno gambe cilindriche con caviglie e piedi normali, o caviglie grosse con ingrossamento solo della parte posteriore dei piedi.

La causa di questo ingrossamento è sempre dovuta ad un infiltrato cellulare che a sua volta ostacola il flusso della linfa. In ogni caso, quindi, tanto l'ingrossamento segmentario come l'ingrossamento totale di un arto a guisa di elefantiasi conviene sempre ricercare la causa dell'ostacolo e rimuoverla sia con mezzi fisioterapici locali sia con il trattamento generale.

Quando gli infiltrati sono distanti, non localizzati esclusivamente alle gambe la malattia è quasi sempre generale, ad esempio filariosi.

Nelle malattie organiche del sistema nervoso (emiplegia, poliomielite, paraplegia, polinevriti) si ha un aumento di volume degli arti inferiori vario per forma, intensità ed altri caratteri. Talvolta si tratta di un edema roseo o senza colorazione speciale, molle, freddo, al quale si dà spesso il nome di edema angioparalitico. Altre volte l'arto è nodoso per infiltrazione dura disseminata del cellulare sottocutaneo, oppure l'arto è in tutto o in parte disteso da una sostanza omogenea, come se il cellulare fosse stato iniettato con sostanza solidificabile. Queste forme legate ad affezioni nervose sono le più tenaci, le più resistenti alle cure.

Nella poliartrite acuta febbrile le bozze molli compaiono e scompaiono rapidamente, saltando da un'articolazione all'altra e distendendo le parti molli. Talvolta sono rosse e calde, talvolta pallide e fredde; si prolungano in rigonfiamenti irregolari attorno alle sinoviali tendinee, lungo gli interstizii intermuscolari. Spesso sono accompagnate da adenopatie moderate.

L'ingrossamento delle gambe può essere indipendente da cause generali e costituire l'unico disturbo da cui il soggetto è affetto.

Una ferita contusa della gamba, della coscia o del bassoventre, un'infiammazione profonda, specie se torpida, una frattura della gamba possono determinare nelle parti molli indurimenti che formano come una barriera alla circolazione venosa e linfatica. L'edema occupa la parte sottostante ma può rimontare superiormente per effetto delle gittate linfangioitiche che possono raggiungere la radice dell'arto. Di solito il gonfiore diminuisce con il riposo e aumenta con la stazione in piedi e con la deambulazione. L'arto in questo caso diviene pesante ed indolenzito molto più di quel che non sia nella semplice stasi venosa. In effetti le contrazioni muscolari, i movimenti ripetuti irritano il residuo infiammatorio della lesione iniziale, irritazione che si manifesta con arrossamento dovuto a vasodilatazione, aumento della temperatura e talvolta con sensazioni di scottatura causalgica.

Le affezioni venose possono ingrossare le gambe in tre modi:

1° Gonfiore che circonda un'ulcera varicosa. In tal caso giova solo la disinfezione.

2° Inspessimento esteso della caviglia al polpaccio, con pelle lardacea, e talvolta cianosi sottomalleolare. Al disopra si trovano gittate di periflebite e d'adeno-linfangioite, il cui trattamento fisioterapico deve farsi dall'alto in basso.

3° Ingrossamento post-flebitico, flebite di una vena pelvica o dell'arto. In tali casi è a rilevare che spesso esistono, come nell'ingrossamento traumatico delle gambe, crisi d'irritazione simpatica con edema causalgico, nonchè edemi ed indurimenti che si comportano come la cellulite con ingorgo linfatico.

In presenza d'ingrossamento delle gambe per le quali l'esame non dimostra alcuna causa locale conviene pensare a fatti addominali. Al riguardo basta ricordare l'edema perimalleolare della gravidanza avanzata, dei fibromi uterini, delle cisti ovariche, delle peritoniti croniche. Escluse anche queste cause, un esame profondo può talvolta fare apprezzare adenopatie e indurimenti dei tessuti prossimi ai grossi vasi addominali.

Va infine ricordato che in una gamba le sinoviali tendinee, come quelle articolari, e le borse sierose sono spesso colpite da infiammazioni torpide, che provocano ingrossamento delle caviglie e dolori ai piedi con rilasciamento delle articolazioni e tendenza all'appiattimento della volta plantare. DR.

La bacillemia tubercolare nelle malattie nervose.

(E. LÖWENSTEIN. *Rif. Med.*, 15 aprile 1933).

L'A., dopo aver sommariamente descritto il suo metodo di cultura dei bacilli tubercolari dal sangue, richiama i risultati delle culture eseguite nella poliartrite acuta, che portarono nel 70 % dei casi a risultati positivi. Nel lupus

eritematoso la cultura fu positiva nel 100 % dei casi.

I brillanti risultati ottenuti con la cultura nella tubercolosi cutanea indussero l'A. ad estendere gli esperimenti alle malattie nervose. Era opportuno cominciare con le malattie concomitanti alla poliartrite acuta, la tonsillite e la corea. Con la collaborazione del prof. Amersbach l'A. ha ottenuto culture positive sei volte dalle tonsille e tre volte dalle tonsille e dal sangue. Nella corea si ottengono risultati positivi solo all'inizio della malattia.

L'A. ha allora esteso le sue ricerche alla demenza precoce. Il problema della frequente coincidenza della demenza precoce con la tubercolosi è stato ripetutamente discusso. A tutt'oggi si era ritenuto che gli ammalati si infettino nei manicomi, supposizione che deve essere scartata, perchè la tubercolosi è oltremodo diffusa anche presso gli schizofrenici all'infuori delle cliniche. Zoeller ha constatato statisticamente che nei discendenti da genitori tubercolosi, il numero degli schizofrenici è doppio rispetto a quelli provenienti da genitori non tubercolosi, e Leo Wolfer sostenne in modo non equivoco l'ipotesi che la demenza precoce sia provocata dalla tubercolosi. Zalla su 253 cadaveri di schizofrenici accertò con l'autopsia che in 171 la causa della morte era la tubercolosi. L'A. ritiene che anche queste forti percentuali non rispecchiano ancora la piena verità, in quanto le dette cifre comprendono in grandi linee soltanto le forme tubercolari rilevabili macroscopicamente. Ora, non si può escludere la tubercolosi se non si sono prima esaminati microscopicamente gli organi. Soltanto con un lavoro così sistematico si potrà rispondere al quesito se vi è un rapporto causale fra tubercolosi e demenza precoce. Il materiale esaminato dall'A. comprende 359 casi di demenza precoce, di cui 142 condussero ad un risultato positivo. Soltanto per pochi casi gli fu possibile ripetere l'esame; un caso fu potuto esaminare quattro volte in tre anni, e sempre il risultato fu positivo. I casi positivi in parte sono stati esaminati anche clinicamente, per escludere l'esistenza di una tubercolosi polmonare.

I risultati raggiunti nella demenza precoce, indussero l'A. ad estendere il suo metodo di cultura ematica anche nella sclerosi multipla. Su 111 casi esaminati 47 diedero risultato positivo. Di questi 47 casi in 7 fu accertata una affezione polmonare, negli altri non vi era alcun segno di tubercolosi polmonare.

Con i professori Amersbach e Loewenstein di Praga, l'A. ha esaminato il sangue e le tonsille di malati di neurite retrobulbare e quattro volte su sei ottenne risultato positivo. In questi ultimi tempi si è giunti al concetto che la neurite retrobulbare rappresenti nel più dei casi un segno precoce della sclerosi multipla. Studiando i reperti istologici nella neurite retrobulbare l'A. fu ben sorpreso nel trovare nella casistica formazioni istologicamente inecce-pibili di tubercoli nel campo del nervo ottico. Se proprio nei focolai morbosi e nel sangue dei casi precoci si trovano i bacilli tubercolari, è evidente che questa traccia debba essere ulteriormente seguita. C. TOSCANO.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro la tubercolosi nel quadro delle assicurazioni sociali.

È questo argomento di alto interesse e di viva attualità oggi che tanto, specialmente in Italia, si fa per combattere o per lo meno arginare il dilagare della tremenda malattia.

Ch. Gernez (*Paris Médical*, 18 novembre 1933) tratta ampiamente del problema, anche in rapporto alla legislazione attuale francese riguardante la lotta contro la tbc. Egli ricorda anzitutto i principî essenziali della lotta antitubercolare, tali quali scaturiscono dalle recenti acquisizioni concernenti la diagnosi, la cura e la profilassi di questa malattia.

Per quanto riguarda la *diagnosi* bisogna convincersi che l'esame radiologico è indispensabile per riconoscere le forme che sfuggono all'esame clinico il più accurato, come l'esame batteriologico e la prova biologica lo è per distinguere ed eliminare gli *pseudo-tubercolosi* (bronchitici cronici, bronchiettasici, ecc.)

Per quanto riguarda la *cura* bisogna ricordare: primo, che vi è un interesse capitale a curare il tubercolotico il più precocemente possibile; secondo, che già da molto tempo la cura igienico-dietetica non costituisce più la nostra arma fondamentale. Noi disponiamo oggi di una gamma molto ricca di mezzi d'azione, specialmente chirurgici: pneumotorace, alcoolizzazione dei nervi intercostali, apicolisi, toracoplastica, piombaggi, pneumolisi estrapleurica, operazione di Jacobaeus. Metodi questi che devono essere applicati precocemente e con discernimento: e ciò è possibile ottenere soltanto inviando immediatamente il malato in un centro specializzato.

Per quanto riguarda la *profilassi* le idee sono un po' cambiate in questi ultimi anni: malgrado gli assalti successivi che ha subito la nozione del contagio (studi di Lumière), malgrado le recenti ed ultime esperienze di Calmette sulla trasmissione ereditaria e il passaggio transplacentare del virus tbc., il contagio resta, per tutti, il fattore preponderante di diffusione della malattia. È proprio il contagio che è responsabile dell'infezione tbc. nel soggetto nuovo, non allergico, nel bambino e più ancora nel lattante.

Vi è un interesse capitale ad allontanare il più precocemente possibile il bambino dal contagio e a prevenire lo sviluppo della tbc. infantile con la vaccinazione.

È su questi concetti che bisogna basare le *direttive generali* di una lotta antitubercolare:

per essere razionalmente condotta tale lotta deve essere:

a) di mezzi di diagnosi precoce: il dispensario è a tale riguardo un organismo necessario;

b) di mezzi di cura precoce. Si sono per lungo tempo divisi i tubercolotici in « curabili » ed « incurabili »; i primi, che erano scelti fra i malati apiretici erano mandati al sanatorio, gli altri erano diretti agli ospedali. Ora, è spesso difficile giudicare d'*emblée* dell'evoluzione ed incurabilità delle lesioni tbc.

Per realizzare una cura e una profilassi precoce è indispensabile disporre di stabilimenti specializzati che siano dei *centri di cura*, dotati dei perfezionamenti più moderni, nei quali sia possibile di ospitalizzare rapidamente i malati e di trattarli immediatamente secondo i metodi appropriati al loro caso.

Bisogna mettersi in testa che la cura igienico-climatica dei sanatori è sì necessaria ed efficace, ma non la vince sui metodi collassoterapici: vi sono dei paesi come l'Olanda e la Danimarca, i quali non dispongono di cure di montagna, e pure le guarigioni sono altrettanto frequenti che altrove;

c) dei mezzi di profilassi precoce: questa profilassi deve essere diretta contro la tbc. infantile: vaccinazione col BCG, isolamento rapido del bambino dall'ambiente contagioso, preventorî, giardini d'infanzia, ispezione delle scuole, e per l'adulto: visite preventive, dispensari, preventorî, opere post-sanatoriali.

Andando poi ad esaminare la lotta antitubercolare tale quale essa è realizzata nel quadro delle assicurazioni sociali, l'A., riferendosi alla legge francese, distingue dal punto di vista pratico due possibilità, a seconda che l'assicurato sia assistito dalla Assicurazione malattia o che, essendo trascorsi i primi sei mesi della malattia e la capacità di lavoro essendo ridotta a meno di due terzi, il malato benefici della Assicurazione invalidità.

Nel primo caso, se il malato è contagioso, se la tbc. è evolutiva, è indispensabile di far cessare il lavoro, isolare il malato, metterlo in osservazione, di preferenza in un centro di cura specializzato. Se l'ospitalizzazione non è giudicata necessaria, il trattamento sarà assicurato dal medico curante, con l'eventuale collaborazione di un tisiologo, il quale praticherà, se necessario, un intervento collassoterapico. In caso d'ospitalizzazione il malato è diretto, di preferenza, verso il centro specializzato con il quale la Cassa ha un contratto.

Quando i sei mesi di assistenza saranno trascorsi, se l'assicurato non ha diritto alla pensione d'invalidità, lo si affiderà all'assistenza pubblica: se invece egli è un eventuale candidato alla pensione d'invalidità, egli già sarà stato oggetto, durante la malattia, di controllo da parte degli esperti della Cassa invalidità, i quali hanno ogni interesse a far sì che la invalidità non si stabilisca e consiglieranno così, se del caso, una terapia più attiva di quella fino allora praticata.

Una eventualità resta a considerare: il malato può rifiutare di sottomettersi ad una cura sanatoriale, ad un intervento chirurgico, ad una cura con pnx; la legge francese permette in tal caso che la pensione sia ritirata, tutta o in parte. Beninteso, dopo aver avvisato il malato di questa conseguenza.

Per quanto riguarda l'azione delle assicurazioni sociali nei rapporti con la profilassi della tbc. ed il ruolo dei dispensari, l'A. riporta un tipo di contratto fra Cassa malattie e Opera antitubercolare nel quale è considerata non solo la diagnosi dei tubercolotici, ma anche il piazzamento di essi in stabilimenti di cura, il controllo delle cure e la prevenzione della malattia.

Ma le norme di profilassi prese dalle Casse malattie non si limiteranno soltanto al controllo ed alla utilizzazione dei dispensari: bisogna che le Casse di malattia e di invalidità organizzino la loro profilassi in una maniera più larga. È questo il ruolo sociale che esse devono assumere: *profilassi nei bambini* con le opere di isolamento dei più piccoli, con la creazione dei giardini di infanzia e dei preventorî, marini e montani, con la vaccinazione antiburcolare; *profilassi nell'adulto* con la propaganda, i preventorî, le visite mediche sistematiche; creazione infine di opere postsanatoriali per i tubercolotici, sì da prevenire le ricadute e permettere un migliore riadattamento del malato.

Da quanto precede si vede dunque quale importanza potranno avere un giorno le Casse di Assicurazione sociali nella lotta antitubercolare. Grazie ad esse il salariato, divenuto tubercolotico, non è più una nullità sociale: la legge gli dà la possibilità di curarsi, tanto a lungo quanto è necessario, e di proteggere sè e i suoi dalle insidie del terribile morbo.

G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

V. GIUDICEANDREA. *L'esame degli organi del petto e dell'addome.* Un vol. in-16° di 264 pag. con fig. Libr. P. Cremonese, Roma, 1933. Prezzo L. 20.

È ovvio che l'esame obbiettivo del malato costituisca la base della diagnosi e conseguentemente della terapia e non si insisterà mai abbastanza sulla necessità della perfetta conoscenza della tecnica di tale ricerca.

Una buona guida per essa ci viene qui fornita dal manuale del Prof. Giudiceandrea, scritto essenzialmente con intenti pratici ed adatto sia per lo studente che inizia il suo lavoro in questo campo sia per il medico che ha spesso bisogno di rinfrescare le sue idee in proposito.

La parte più ampia del volume è dedicata agli apparecchi respiratorio e circolatorio; vengono in seguito il mediastino, gli organi addominali e l'esame generale.

Uno dei meriti del libro è quello di condensare in breve spazio la materia, pure esponendola completamente e con chiarezza. Per le altre ricerche sussidiarie, il lettore potrà ricorrere al libro dello stesso autore: « Diagnostica medica e mezzi sussidiarii di laboratorio (L. Pozzi ed., Roma).

Il favore con cui il libro è stato accolto è dimostrato dalla pubblicazione di questa 2ª edizione e dalla traduzione spagnuola. *fil.*

E. WEISZ. *Diagnostik mit freiem Auge. Ektoscopie und Ektographie.* IV Edizione ampliata. Un vol. in-8° di 176 pag. con 24 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlin e Wien, 1933, Prezzo RM. 9,50.

L'ectoscopia costituisce un metodo di esame consistente nell'ispezione — sotto una luce adatta — del torace e dell'addome (od anche del collo e della schiena) nella espirazione tranquilla, mentre il paziente parla, starnuta, ecc. Si avvertono in tal modo — ad un'osservazione attenta — dei movimenti superficiali e delle parti immobilizzate, che possono guidare alla diagnosi. L'A. cita, p. es., dei casi in cui, con i consueti metodi di ricerca, la diagnosi poteva oscillare fra la presenza di cotenne pleuriche, di infiltrato tumorale o di essudato; l'ectoscopia deponeva per un essudato, e si riscontrò di fatto profondamente del pus. In altri casi, l'ectoscopia può costituire un buon sussidio diagnostico, p. es., nell'appendicite, quando la ricerca della « difesa » muscolare fornisce dati incerti.

L'A. descrive accuratamente — col sussidio di fotografie e di disegni schematici — il fenomeno, indicando le migliori condizioni per rilevarlo ed il suo significato diagnostico e pronostico, nonchè la sua importanza dal punto di vista della formazione professionale del medico. Da ultimo, un'appendice sui nuovi reperti palpatori.

Il lavoro è scritto in collaborazione con L. Schmidt. *fil.*

C. v. NOORDEN. *Neuzeitliche Diabetesfrage. Funktionelle Pathologie und Therapie.* Un vol. di 56 pag. Urban e Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1933. Prezzo RM. 2,40.

Lo studio del diabete, che pure ha fatto tanti progressi in questi ultimi tempi, presenta ancora molte questioni, se non del tutto insolute, almeno discusse. L'A., di cui è ben nota la competenza nelle malattie del ricambio, tratta qui di questi punti controversi del diabete, in 24 capitoli, fra cui notiamo: Iperproduzione o non ossidazione dello zucchero?; L'attacco ipoglicemico; Proteine e formazione di zucchero, grassi e produzione di zucchero; Ghiandole endocrine e glicosuria; Il così detto diabete traumatico; Il diabete aglicosurico-iperglicemico; ed una serie di considerazioni sulle questioni dietetiche.

Il medico pratico che, dato l'aumento continuo dei casi di diabete, ha sempre qualcuno di tali malati nella propria clientela, leggerà con interesse la chiara esposizione che l'A. fa di questi problemi. *fil.*

Come si assiste l'ammalato. Vol. in-16° di pagg. 130. Edit. Opera Camilliana. Milano, 1933.

Ben ha fatto l'Opera Camilliana di Milano a riunire in questo elegante volumetto tascabile tutti gli articoli del Dottor T..., (medico dell'Opera Camilliana medesima) già pubblicati, per gli Infermieri, negli anni 1931-32 sul Bollettino dei Camilliani stessi: sono articoli tutti di argomenti sull'assistenza all'ammalato. Fa seguito, novità di questa pubblicazione, un'appendice con le norme circa la sistemazione della salma e l'allestimento della camera ardente. I capitoletti sull'assistenza al moribondo, della cooperazione dell'infermiere alla visita del medico, sono originali e nuovi.

A. P.

Wiener Archiv f. Innere Medizin. Vol. XXIV, n. 2. Un fasc. di 160 pag. con 10 fig. e 4 curve. Urban e Schwarzenberg Wien, 1933. Prezzo RM. 13.50.

Questo fascicolo della nota Rivista viennese contiene 11 lavori, fra cui citiamo i seguenti: Influenza del lavoro fisico e della alimentazione sulla pressione sanguigna (W. Raab). La mancanza del polso arterioso alle estremità inferiori (S. Seidmann). Influenza del quoziente respiratorio sulla diminuizione insensibile di peso (G. Gabriel e H. Kahler). L'edema polmonare acuto di origine cardiaca (S. Wassermann). Il significato pronostico della pro-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

va di Brown nella simpatectomia per gangrena e lesioni trofiche delle estremità inferiori (F. Nikisin). Clinica e patologia della sclerosi polmonare (O. Zimmermann). Altri studi sull'echinococcosi del polmone e della pleura, sul calcio e la coagulazione del sangue, sull'influenza dell'apnea volontaria sul tono vasale, ecc. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Ospedale di S. Spirito in Sassia - Roma.

Seduta del 3 gennaio 1934.

Lo stato attuale del problema della colite cronica ulcerosa.

Prof. P. ALESSANDRINI. — L'O. inaugura la serie delle riunioni settimanali illustrando programmi e criteri di lavoro del nuovo reparto di patologia digestiva, di cui gli è stata affidata la direzione, ed invitando i cultori degli studi attinenti ai problemi della nutrizione a voler partecipare e collaborare alle sedute future. L'O. illustra quindi in forma sintetica le moderne conoscenze sul problema delle coliti, con particolare riferimento alla questione patogenetica ed ai conseguenti indirizzi di una razionale terapia.

Seduta del 10 gennaio 1934.

Il trattamento delle coliti gravi secondo il metodo di Schottmüller.

Prof. T. LUCHERINI. — L'O., dopo aver ricordato i risultati favorevoli delle scarse indagini finora eseguite con tale metodo terapeutico, e le ipotesi invocate per spiegarne il meccanismo d'azione, riferisce l'esito negativo ottenuto in due casi di osservazione personale.

Dott. G. LOLLI. — *Il ricambio del cloro nei suoi rapporti con la patologia digestiva.*

Tumore della testa del pancreas senza segno di Courvoisier e sindrome iperazotemica.

Dott. R. PRIMANGELI. — L'O. descrive l'osservazione fatta di uno stato iperazotemico permanente nel corso di una neoplasia pancreatica. Discute le possibili ipotesi esplicative di tale reperto.

Contributo alla radiologia del duodeno patologico.

Dott. RASTELLI. — L'O. illustra un caso clinico, caratterizzato da ripetute melene, in assenza di ogni altra sintomatologia subiettiva e obbiettiva, nel quale l'indagine radiologica ha messo in evidenza un'immagine di deformazione del bulbo di difficile interpretazione.

Seduta del 18 gennaio 1934.

Dott. C. ARULLANI. — *Lo stato attuale del problema dell'achilia. Esposizione sintetico-critica.*

Prof. P. ALESSANDRINI. — *Contributo allo studio dei rapporti tra sprue, achilia e pellagra. Caso clinico.*

Su di un caso di polineurite da avitaminosi.

Dott. PRIMANGELI. — Caso clinico di paziente che, in seguito a lunghe cure dietetiche per ulcera gastrica, ha presentato turbe polineuritiche da cui si è riavuto dopo l'operazione, in seguito alla quale potè stabilirsi un'alimentazione normale.

Seduta del 24 gennaio 1934.

Su di un caso di polinevrite da avitaminosi.

Dott. FAGNANO e PRIMANGELI. — Fagnano parla del quadro radiologico delle fistole gastro-digiuno-coliche, prendendo lo spunto dal reperto riscontrato nel caso clinico illustrato da Primangeli nella precedente seduta.

ALESSANDRINI chiede ulteriori particolari su dettagli dell'indagine radiologica. EGIDI illustra i tempi dell'intervento praticato. Accenna alla possibilità che esistano ulcere più o meno maligne, in funzione della loro invadenza, e ne mette in rilievo l'importanza per la scelta della condotta operatoria. Partecipano alla discussione: LUCHERINI, RICCI, PATRIGNANI.

Interloquisce ALESSANDRINI, che richiama l'attenzione sull'avitaminosi da latte nella dieta di Leube prolungata, e sull'importanza dell'alimentazione dei tifosi. Cita due casi personali di avitaminosi da alimentazione unilaterale. Insiste sullo stabilirsi di un circolo vizioso nelle diarree da avitaminosi.

Sull'endoscopia nella gastroenterologia.

BONADIES. — L'O. presenta e descrive il nuovo gastroscopio flessibile di Wolff con cui è possibile ottenere immagini molto dimostrative della mucosa gastrica. Dimostra la grande importanza della gastroscopia nella diagnosi delle gastriti. Parla dell'importanza della retto-romanoscopia nelle malattie del colon e in particolare dell'ultimo tratto dell'intestino crasso. Riferisce di aver iniziato l'endoscopia dello stomaco e del colon attraverso fistole chirurgiche.

ATTILI richiama l'attenzione sull'importanza di ricerche associate endoscopico-radiologiche nelle gastriti.

Seduta del 31 gennaio 1934.

Dott. ARULLANI. — *Apparecchio per la filtrazione delle feci.*

Contributo clinico-radiologico e anatomo-patologico allo studio dei tumori primitivi del fegato.

Dott. LIUZZO. — Caso clinico di tumore primitivo del fegato, con particolare riferimento alla diagnostica radiologica previa iniezione di thorotrast e associazione del thorotrast al pneumoperitoneo.

Contributo alla cura chirurgica della cirrosi epatica.

Prof. LUCHERINI. — Criteri direttivi dei vari metodi di terapia chirurgica delle cirrosi. Caso personale, sottoposto successivamente all'operazione di Rouotte e quindi a quella di Talma. Nessuna efficacia dell'intervento. Reperto autoptico, che sta a dimostrare la non efficienza della derivazione venosa.

EGIDI. Dice delle difficoltà incontrate nella sutura tra parete venosa e peritoneo, cui attribuisce l'insuccesso terapeutico.

Segnala un nuovo metodo di cura chirurgica delle cirrosi, consistente nel praticare una fistola tra cavo addominale e pleurico.

STIPA ricorda le conclusioni negative cui è giunto Pascale nell'ultimo Congresso di Chirurgia, in tema di cura chirurgica della cirrosi.

Il Segretario: C. ARULLANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il decorso delle malattie renali.

C. Schmidt (*Deut. Med. Wochenschrift*, 24 novembre 1933) ha fatto in proposito uno studio basato sui risultati clinici e di autopsia, arrivando alle seguenti conclusioni.

La causa più comune della morte nelle *nefriti acute* è l'insufficienza cardiaca (5 su 8 casi).

Di 17 casi di *rene grinzo secondario*, dopo un periodo da un mese a 1 anno e 1/2 al massimo, 11 erano morti di uremia e 5 di insufficienza cardiaca.

Di 13 casi di *sclerosi blanda*, 5 morirono di insufficienza cardiaca e 6 di apoplessia, dopo una maggior durata di vita.

Su 9 casi di *sclerosi maligna*, di cui soltanto 2 oltre i 50 anni, 1 morì per insufficienza cardiaca, 5 di uremia e 3 di apoplessia, dopo un periodo al massimo di 3 anni.

Degni di nota sono 2 casi di nefrite interstiziale ed 1 di nefrite embolica a focolaio, che morirono per la diffusione anatomica del processo, un'uremia.

Scarsa è stata la partecipazione etiologica della scarlattina (3 %) alla nefrite acuta dei bambini.

Dei 53 casi acuti di nefrite delle trincee, si può dire che il 64 % è guarito, il 6 % è morto e nell'11 % sono rimasti dei difetti. Tali dati sono più favorevoli che quelli forniti da altri autori, i quali generalmente affermano la frequenza del rene grinzo in tali pazienti; nella statistica dell'A. esso si trova nell'11 %.

fil.

Alcuni dati clinici sul rene policistico.

Braasch e Schacht (*Surg., Gyn. e Obst.*, 1933) riassumono i dati più importanti desunti da 193 malati di rene policistico della Clinica Mayo. 63 di essi furono operati. Sembra vi sia un fattore ereditario innegabile. Essi danno una notevole importanza al fattore vasale, in quanto osservarono che generalmente esiste una sclerosi dei piccoli vasi renali. La pressione sanguigna è aumentata nel 63 % dei casi e v'è pure sclerosi delle arterie retiniche.

La diagnosi facile nei casi avanzati può essere ardua nei casi poco sviluppati in cui più facilmente si pensa alla nefrite. Spesso è stata fatta diagnosi di neoplasma renale con conseguenze fatali quando si è proceduto all'ablazione del rene sospetto, giacchè tale affezione come è noto è generalmente bilaterale.

Il segno più costante è un dolore sordo. Vi è spesso disuria e modica pollachiuria, nel 33 % dei casi ematuria.

Nei casi a decorso lentissimo con funzione renale buona la prognosi è relativamente benigna.

La media di vita è di 50 anni ma si sono superati molti casi di 60 anni e più. Il trattamento chirurgico, a cui gli AA. accennano brevemente, è necessario in molti casi, sopratutto nelle infezioni renali e altre complicazioni.

V. GHIRON.

Rottura traumatica di reni uronefrotici.

Secondo G. Ewell (*The Journ. of Urol.*, giugno 1933) la rottura traumatica di reni uronefrotici, sebbene rara (30 casi noti) deve essere sempre sospettata in ogni caso di trauma renale. La presenza di uronefrosi unilaterali o bilaterali senza sintomatologia clinica, impone, in ogni caso di sospetta rottura di un rene, un esame urologico completo, che assicuri la perfetta integrità dell'altro rene.

La causa è rappresentata quasi sempre da un trauma, molto spesso leggero, che non avrebbe sicuramente provocato la rottura di un rene normale.

La sintomatologia clinica è quella comune a tutte le rotture di reni normali, ma con maggiore variabilità. L'ematuria spesso manca e così pure lo shock, mentre il dolore, dapprima diffuso a tutto l'addome, e poi localizzato al fianco, è il segno più costante. La dolorabilità con rigidità muscolare del fianco sono segni obbiettivi quasi costanti, mentre la tumefazione spesso manca. Per la diagnosi, oltre i segni clinici, assume una grandissima importanza l'esame pielografico, che mostra la lacerazione pielo-renale. Il metodo ideale di trattamento è la nefrectomia, permettendolo le condizioni del rene adelfo, tuttavia, in alcuni casi, è possibile applicare una terapia chirurgica conservativa.

V. LOZZI.

Un caso di rene con calici extrarenali.

L. L. Veseen (*The Journ. of Urology*, ottobre 1933) descrive un caso di idronefrosi in cui oltre la pelvi, i calici erano situati completamente fuori del parenchima renale.

Si tratta di anomalie eccezionalissime, giacchè ne sono conosciuti, in tutta la letteratura medica solamente 5 casi.

LOZZI.

Due casi di tumore della pelvi renale.

Arthur Jacobs (*The British Journ. of Urol.*, settembre 1923) su 18 casi operati dal 1927 in qua per tumore renale ne trovò 4 in cui il neoplasma era a carico della pelvi renale e di questi, due erano carcinomi a cellule squamose, complicati a numerosi calcoli.

A questi aggiunge altri 2 casi operati negli anni 1932-33, in cui la diagnosi era stata possibile farla prima dell'intervento grazie all'esame pielografico che aveva messo in evidenza in ambedue i casi gravi difetti di riempimento a carico delle pelvi.

Con la nefrectomia si confermò trattarsi di tumore papillomatoso interessante la pelvi senza diffusione al parenchima renale.

L'esame istologico mostrò la struttura di papillomi a cellule di passaggio.

A causa dell'età e delle condizioni piuttosto gravi dei due operati, l'A. non credette opportuno fare pure l'ureterectomia come si conviene in questi casi in cui, come si sa, sono facili i trapianti nell'uretere e nella vescica.

S. SCANDURRA.

Diverticolo della pelvi renale.

Alex Wells (*British Journ. of. Urology*, settembre 1933) illustra un caso riguardante un uomo di 46 anni che da 10 anni presentava disturbi dispeptici tali da far pensare ad un'ulcera duodenale.

L'esame radiografico, negativo per l'ulcera, mise in evidenza una strana ombra a carico della regione renale di sin. L'uroselectan B rivelò che i rapporti fra rene e ombra erano costanti.

Un pielogramma retrogrado fece vedere che vi era qualche alterazione a carico della pelvi e dei calici. Il liquido opaco riempiva una cavità contenente calcoli. La diagnosi non era chiara, ma vi era l'indicazione operatoria.

All'operazione si trovò che il terzo medio della superficie ant. del rene era occupato da una piccola tasca contenente molti calcoli.

La pelvi era piccola, l'uretere normale. Non fu possibile distaccare la tasca dal rene a causa dei rapporti intimi con esso.

Aperta la tasca e tolti i calcoli venne esaminata accuratamente la sua superficie interna e si trovò una minima apertura comunicante con la pelvi renale. La tasca fu in parte escissa e il resto trattata con l'elettrocauterio. Venne lasciato in sito un piccolo zaffo. Decorso post-operatorio normale. I disturbi dispeptici scomparvero subito dopo l'operazione.

Dopo 5 settimane, ripetuta la prova dell'uroselectan, mostrò la buona funzione del rene operato.

S. SCANDURRA.

La base farmacologica della terapia medicamentosa dello spasmo dell'uretere o della vescica e dei calcoli ureterali.

Karam Samaan (*The British Journal of Urology*, settembre 1933), sulla base di ricerche sperimentali da lui istituite convalidate da prove cliniche, fa uno studio comparato sulla azione di alcuni farmaci adoperati comunemente per vincere lo spasmo. Conclude che:

1) L'atropina fa rilasciare l'intestino e l'utero vergine della coniglia, gli ureteri del toro e gli ureteri umani, la vescica del cane se viene somministrata mentre questa è in stato di spasmo prodotto da *stimolo para-simpatico*, mentre non è in grado di far rilasciare questi organi se la causa dello spasmo è direttamente muscolare.

2) Per la vescica o per l'utero la Visammina e la Papaverina hanno praticamente lo stesso valore nel fare rilasciare questi organi. Il rilasciamento avviene allorchè lo spasmo si comunica attraverso il nervo, il muscolo o ambedue.

3) Tanto la Papaverina, quanto la Visammina, fanno rilasciare il tessuto muscolare liscio mediante un'azione diretta. Nelle stesse concentrazioni la Papaverina è più efficace della Visammina sull'intestino, mentre il contrario avviene per l'*uretere* del toro e per l'uretere umano. Questo fa sì che la Visammina è un medicamento superiore alla Papaverina quando si tratta di spasmi dell'uretere o di calcoli ureterali. Si ha il rilasciamento quando lo spasmo viene trasmesso attraverso il nervo, il muscolo o ambedue.

La testimonianza clinica del valore terapeutico dell'ammivisnaga risulta dal fatto che mediante l'uso di essa è possibile in qualche caso far rilasciare l'uretere umano tanto da permettere che un calcolo ureterale di grandezza rilevante venga eliminato attraverso le vie naturali o almeno discenda in vescica.

S. SCANDURRA.

Un caso di piouraco.

Stevens (*The Journ. of Urol.*, sett. 1933) riferisce un caso di piouraco, osservato in un negro di 24 a., che da 15 giorni presentava dolori alla regione ombelicale, con tumefazione palpabile e febbre, senza altri disturbi. L'uraco era ridotto ad una tumefazione della lunghezza di 8 cm., e dello spessore di 3-4 cm. era pieno di pus. Istologicamente si riconosceva bene uno strato connettivo esterno ed uno interno di fibre muscolari liscie disposte circolarmente. La tumefazione fu asportata in blocco, ed il p. guarì senza inconvenienti.

LOZZI.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Azione ipotensiva del veleno di cobra.

Molti antichi rimedi, dopo essere caduti in discredito, dimostrano di possedere azioni insospettate e vanno riabilidandosi. È ora la volta dei serpenti velenosi usati per secoli e da molti popoli come rimedi.

Una nuova virtù del potentissimo veleno dei cobra è stata scoperta da A. Vernes e N. T. Koressios (*Bulletin Médical*, 20 gennaio 1934): in soggetti normali, usato in dosi infinitesime (un centesimo di milligrammo) e dopo averlo attenuato con sapone, per iniezioni intramuscolari, fa abbassare la tensione arteriosa, grazie a vaso-dilatazione periferica. Le pulsazioni si rallentano e si determina miosi da eccitazione dei filamenti irido-costrittivi provenienti dal nervo oculo-motore comune. In soggetti ipertesi il prodotto ha pure determinato un abbassamento della tensione arteriosa, tanto

più notevole in quanto è stato persistente, talvolta per settimane; e ciò anche in soggetti nei quali la pressione era molto elevata (Pm. 250 mm.) e qualunque ne fosse la causa (arteriosa, renale, idiopatica). Le ricerche dei due autori proseguono. A. P.

Le applicazioni terapeutiche del veleno del serpente.

A. Ravina (*Prog. Médic.*, n. 1, 1934) fa una breve rassegna sulle applicazioni terapeutiche del veleno del cobra. Tale veleno è in fondo una diastasi che agisce sulle lecitine e nucleine cellulari, formando una sostanza emolitica, la *lisocitina*, che altera i leucociti, le cellule epiteliali, e le cellule dei diversi organi mentre a dosi più elevate le discioglie del tutto. Il veleno del cobra a contatto con le cellule cancerose libera immediatamente dei prodotti nocivi per le cellule blastomatose.

Calmette, Saenz, Costil, hanno dimostrato ciò sperimentalmente: hanno innestato a 6 topi un tipo di adeno-carcinoma molto virulento e ne hanno lasciati due senza alcun trattamento, due li hanno trattati con iniezioni di veleno, praticate lontano dall'innesto; due con iniezioni di veleno nello spessore del tumore.

La prima coppia muore dopo 28-30 giorni; la seconda dopo 45 g. con un evidente sviluppo degli innesti; la terza presenta scomparsa del tumore per ulcerazione e disfacimento.

La iniezione preventiva di veleno non preserva un altro lotto di topi dall'attecchimento sperimentale del tumore, dimostrandosi così di nessuna azione preventiva.

Monaelesser ha nel 1929 introdotto il veleno nel trattamento delle algie, basandosi sulla sua natura neurotossica.

Taguet ha usato il metodo in 115 malati con algie per cancri inoperabili, con risultati buoni usando una soluzione all'1/80.000.

Di recente poi Peck e Goldberger lo hanno usato con successo in qualche caso di purpura emorragica e di mestruazioni profuse.

R. GRASSO.

Sulla cura della lebbra.

All'Accademia delle Scienze di Parigi (seduta del 5 febbr. 1934) Feron e A. Lucien hanno comunicato i buoni risultati ottenuti nella cura della lebbra da un'associazione dell'acido cinnamico e del rame. Il rimedio è stato saggiato nel leprosario di Sant'Antonio a Harrer, nell'Etiopia, ove la lebbra è gravissima. Esso si è dimostrato del tutto innocuo, anche nei bambini; ha fatto migliorare lo stato generale; ha fatto ridurre i disturbi trofici, e ritornare la sensibilità; ha fatto scomparire le macchie anestetiche; ha esercitato un'azione elettiva sugli edemi (ritorno dei tratti del viso all'espressione normale). A. P.

IGIENE.

La febbre tifoide a Venezia.

A. Ori pubblica (*Libreria Emil.*, Edit., Venezia, 1933), i resultati dei suoi studi epidemiologici sull'andamento della febbre tifoide a Venezia dal 1909 al 1932. Contrariamente a quanto accade nella maggior parte delle nostre città, a Venezia la letalità del tifo è molto bassa: negli ultimti sei anni fu di 7,05 per ogni 100 ammalati.

Il fatto che la prevalenza del tifo nelle donne è molto accentuata nel periodo bellico e post-bellico è dovuto al ritorno in città di una massa di ex-combattenti vaccinati contro il tifo durante il servizio militare. Ciò dimostra che l'immunità conferita dalla vaccinazione dura almeno 5 anni.

Essendo la città dotata di acqua potabile insospettabile, fornita dalla conduttura cittadina o da pozzi artesiani locali, l'A. esclude il veicolo idrico quale mezzo di diffusione della malattia; il tifo non presentò mai infatti quelle esplosioni che caratterizzano le epidemie di origine idrica.

Importanza indiscutibile ha invece il contatto diretto o indiretto coi malati o coi portatori di bacilli e qui ha una gran parte la difettosa fognatura domestica e l'affollamento nelle case. L'A. dà molta importanza ai molluschi di cui a Venezia si fa un grande consumo. Essi sono pescati nella laguna, nell'acqua inquinata, specialmente durante i periodi di bassa marea e quindi di maggiore concentrazione dei liquami di rifiuti urbani.

A proposito del trattamento dei portatori l'A. ricorda che i portatori pericolosi sono quelli appartenenti alle famiglie povere e alla popolazione sudicia, mentre i portatori appartenenti alle classi agiate che hanno abitudini di nettezza rarissimamente divengono causa di contagio. E. CARLINFANTI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'azione antisettica delle soluzioni di acido cloridrico clorate.

Il tentativo di usare l'acido cloridrico come antisettico non è nuovo. Già Pawlow ed altri avevano constatato l'azione antisettica di una soluzione al 0,5 % di HCl semplice o con aggiunta di sostanze varie allo scopo di aumentarne il potere antisettico.

Schaufler (*Zbl. f. chir.*, n. 42, 1933) ha ripreso queste ricerche studiando il potere battericida di varie soluzioni di HCl al 0,5 % semplice, o con aggiunta, rispettivamente, di: $HgCl_2$, $CaCl_2$, NaCl, nelle proporzioni di 1:10000, pepsina.

L'azione battericida esplicata da queste soluzioni si dimostrò buona, ma non impediva lo sviluppo di muffe.

Un'azione battericida più energica fu dimo-

strata dall'HCl in unione con il permanganato di potassio; ma l'uso di questa miscela presenta alcuni inconvenienti.

Un'azione battericida ancora più energica, superiore a quella del sublimato e del rivanolo all'1:1000, fu dimostrata da una miscela di soluzione di HCl e clorato potassico, la quale presenta inoltre i seguenti vantaggi: basso prezzo, facile preparazione, alto potere antisettico, nessuna azione tossica.

L'A. ha in corso delle ricerche sulla applicazione nella clinica di questa soluzione antisettica e ne riferirà in un'altra nota.

G. PAGETTO.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. n. 8558:

Lumière e Infrarouges, Biancani; Masson, 20 franchi.

Guillaume: Les radiations lumineuses de l'infrarouge à l'infraviolet; Masson, 40 franchi.

Matteucci, Attinoterapia; Hoepli.

MILANI E.

Al dott. A. A. Bernardo, Filadelfia (S. U. d'A.).:

Il metodo del prof. Fichera per il trattamento dei tumori maligni è descritto, con molta chiarezza, dallo stesso A. in *Klinische Wochenschrift*, 23 dicembre 1933, n. 51. Per chiarimenti può rivolgersi direttamente all'A., direttore dell'Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro, via Strambio, Milano.

L. V.

VARIA

A proposito di innesti Voronoff.

In riferimento alla notizia circa l'assoluzione in Corte di Cassazione dei chirurghi di Napoli che nell'agosto del 1930 eseguirono un innesto interumano di ghiandola sessuale, il dott. Cesare Sacconaghi di Gallarate fa osservare che parecchi giornali hanno erroneamente affermato che detta operazione era la prima tentata in Italia.

Il dott. Sacconaghi, che a suo tempo si è occupato dell'argomento, pubblicò un articolo nel n. 17 del « Medico Italiano » del 1926, in cui descrive i casi fino allora resi noti alla stampa medica da chirurghi italiani, e che sommavano a cinque. E precisamente: il primo innesto da uomo a uomo venne eseguito a Torino nel novembre 1923 dal prof. Jachia; il secondo a Bari nell'aprile del 1925 dal prof. Leotta; il terzo a Gallarate nel dicembre 1925 dal prof. Costantini; il quarto a Firenze nel maggio 1926 dal prof. P. Bastianelli; il quinto ancora a Gallarate nel luglio 1926 dal prof. Costantini.

La sentenza di Roma viene a suffragare la tesi del dott. Sacconaghi, il quale sosteneva la legittimità e l'opportunità di tali atti operativi in determinate condizioni fisiche e sociali del datore e del ricevente.

Sul reale significato dei cosidetti " sarcomi da pomodoro ,,.

Nel settembre 1931 furono pubblicati da Bellows due lavori, i quali attrassero la curiosità e l'attenzione del mondo scientifico.

Questo A. affermava di aver potuto ottenere mediante iniezione nei ratti di estratto di pomodoro la formazione di tumori i quali presentavano le caratteristiche morfologiche dei sarcomi.

La notizia, diventata subito di pubblico dominio perchè diffusa dai giornali politici come di solito avviene per le notizie che hanno poca o nessuna base scientifica ma che colpiscono la curiosità morbosa del profano, aveva ingenerato nel pubblico una certa diffidenza nell'uso di questo nutriente e gustosissimo cibo, di cui le nostre regioni sono particolarmente ricche.

L'interesse dell'argomento ha naturalmente suscitato una serie di ricerche di controllo le quali sono servite a ridare al dorato frutto la fiducia delle massaie e del consumatore.

Le ricerche di Stahr (*Med. Welt*, 13 gennaio 1934) che concordano con quelle di altri AA., dimostrano infatti che l'iniezione sottocutanea di succo di pomodoro provoca soltanto la formazione di tumori di granulazione (da corpo estraneo) che spontaneamente e rapidamente regrediscono e lasciano come esito dei piccoli noduli con inclusione di resti di pomodoro.

Ma di sarcomi neppure l'idea!

Il pomodoro può dunque ritornare riabilitato a rallegrare la mensa di coloro (e ce ne sono stati!) che lo avevano bandito come possibile agente neoplastico.

G. LA CAVA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. GALLI. *L'osteomielite acuta nei bambini.* — Tip. Faentina, Faenza, 1933.

M. DE MAURO. *Causa del processo d'involuzione senile e modo di prevenirla ed eliminarla.* — Tip. Di Stefano, S. M. Capua Vetere, 1933.

R. CONFALONE. *Di alcune proprietà biochimiche del micrococco melitense e del bacillo di Bang studiate comparativamente.* — Ist. Polig. Stato, Roma, 1933.

A. PENNISI. *Sulle anestesie parziali chirurgiche con la percaina.* — Tip. D'Amico, Messina, 1933.

G. RIVA. *Influenza sulla vista della telemetria e dell'uso misto della stereotelemetria e telemetria a coincidenza.* — Tip. Op. Romana, Roma, 1933.

C. TRABRICCHI. *Le modificazioni dell'elettrocardiogramma dopo lo sforzo.* — Padova, 1933.

A. CORDERO. *Lo Scarpa raccoglitore d'opere d'arte.* — Ist. Naz. Med. Farmac., Roma, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Vigilanza sulla produzione di sieri, vaccini ecc.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. Sanità Pubblica, Divisione Sesta, Sezione I) ha diramato ai sigg. Prefetti e autorità assimilate la seguente circolare, n. di Prot. 20300.29/5881, in data 30 gennaio 1934 - XII.

L'art. 8 del regolamento 18 giugno 1905, n. 407, per l'esecuzione delle disposizioni di legge sulla fabbricazione e vendita dei vaccini virus, sieri, tossine e prodotti affini, determina il modo come deve esplicarsi la vigilanza sul funzionamento tecnico degli istituti produttori.

Trattasi di organismi delicati nel loro complesso congegno, ed è evidente che la più vigile cura ed il più rigoroso controllo da parte dei medici provinciali e degli ufficiali sanitari sono particolarmente reclamati dalla grande importanza sanitaria degli anzidetti prodotti biologici, ai fini della cura dell'individuo e della profilassi pubblica, e dai pericoli e dai danni che possono derivare da prodotti non genuini nè puri.

Pertanto questo Ministero intende che le disposizioni concernenti la vigilanza ed il controllo dei sieri, vaccini ed affini siano sempre ed ovunque rigorosamente osservate.

È superfluo rammentare che gli istituti preparatori di sieri, vaccini ed affini devono avere ottenuto od ottenere la preventiva autorizzazione da parte di questo Ministero, e che inoltre ciascun prodotto messo in vendita deve parimenti essere autorizzato.

Assidua ed accurata deve essere l'azione di vigilanza, che va esercitata non soltanto sui locali dell'istituto e sui laboratori, ma principalmente sulla direzione tecnica, sul funzionamento e sulla preparazione dei prodotti.

L'E. V. voglia perciò disporre che le ispezioni da parte del medico provinciale si eseguano regolarmente ogni semestre, in gennaio e luglio e che di ciascuna ispezione venga fatto apposito rapporto da comunicarsi a questo Ministero.

Qualora poi nel funzionamento degli istituti nazionali, come dei depositi di prodotti importati dall'estero e considerati dalla legge sui sieri, vaccini ed affini, si accertino irregolarità tali da far dubitare della genuinità e purezza dei prodotti, il medico provinciale deve redigere processo verbale e prelevare i campioni da trasmettersi ai laboratori scientifici di questo Ministero per i relativi esami di controllo, salvo a provocare dall'E. V. provvedimenti di sospensione e di chiusura quando risultino gravi infrazioni alle disposizioni di legge.

Speciale esame deve essere portato sui prodotti per i quali è stabilito il controllo obbligatorio preventivo, vigilando, anche con visite saltuarie, che non venga messa in vendita alcuna partita della quale non siano stati prelevati campioni per il controllo e prima del responso favorevole dell'esame di controllo, e che inoltre all'infuori dell'infialettamento e confezionamento per la vendita vengano impedite ulteriori manipolazioni delle partite già controllate, e ciò potrà essere agevolato dal raffronto periodico dei registri di produzione con quelli di vendita, e dal raffronto tra la quantità della partita controllata e quella delle dosi ottenute dalla partita stessa.

Frattanto codesto medico provinciale deve procedere ad una sollecita ispezione degli istituti produttori di sieri, vaccini, virus, tossine ed affini, compreso gli arsenobenzoli, come dei depositi considerati dall'articolo 7 del regolamento 18-6-1905 per accertare lo stato di funzionamento.

Dei risultati delle ispezioni deve essere trasmesso apposito rapporto a questo Ministero, non oltre la fine di marzo, distinto per ciascun istituto, laboratorio o deposito e contenente le seguenti indicazioni:

1) Denominazione dell'istituto. Data dell'autorizzazione ministeriale.

2) Direzione tecnica responsabile del funzionamento, e personale tecnico che coadiuva il direttore.

3) Elenco dei prodotti fabbricati e data dell'autorizzazione ministeriale.

4) Osservanza dell'obbligo del controllo preventivo per quei prodotti per i quali questo è reso obbligatorio. Cautele adottate per tener distinte le partite già controllate favorevolmente da quelle da controllare.

5) Eventuali rilievi del medico provinciale.

Questo Ministero è sicuro della rigorosa osservanza delle disposizioni impartite con la presente, e prega l'E. V. di disporre che per l'avvenire ogni sei mesi (15 gennaio e 15 luglio) siano fatti regolarmente pervenire i rapporti suddetti.

Igiene negli esercizi pubblici.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. Sanità pubblica, Divisione 6ª-bis, Sez. 2ª) ha diramato ai sigg. Prefetti e autorità assimilate la seguente circolare A. G., N. di Prot. 20300.32/5305, in data 31 gennaio 1934.

Questo Ministero con precedenti disposizioni ha richiamata l'attenzione delle EE. LL. sulla necessità che da parte degli Uffici sanitari comunali venga intensificata l'azione di vigilanza sulla produzione e sul commercio dei generi alimentari, da praticarsi sia nei riguardi del personale, al fine di evitare che a tale commercio vengano adibite persone affette da malattie contagiose, sia nei riguardi degli spacci di vendita e degli esercizi pubblici.

Le condizioni igieniche di questi ultimi vanno in particolar modo controllate, e pertanto occorre che le Autorità locali non solo procedano con la maggiore circospezione nel rilasciare o rinnovare le licenze di esercizio, provvedimento che va sempre fatto a seguito di parere favorevole dell'uffi-

ciale sanitario, ma che procedano ad una accurata ispezione degli esercizi autorizzati per accertare che rispondano ai requisiti dell'igiene e della pulizia.

Su di un punto bisogna portare il più attento esame, ed è sul modo come si effettua la pulizia delle stoviglie, operazione che spesso ed anche in esercizi pubblici di maggiore importanza, si fa superficialmente, con poca acqua corrente, dando così poco affidamento di completa detersione del recipiente, oltre che riuscire poco accetto al pubblico perchè richiede una troppo immediata manipolazione del recipiente stesso da parte del personale.

Le autorità sanitarie locali debbono essere interessate ad esaminare la materia e prescrivere al riguardo dettagliate norme, che rispondano alle richieste dell'igiene, salvo a prescrivere per gli esercizi di maggiore importanza l'adozione di particolari sistemi, anche meccanici, che verranno riconosciuti idonei dall'ufficio sanitario.

È superfluo rammentare che in tutti i casi tanto i generi alimentari e le bevande quanto i recipienti di uso devono essere convenientemente difesi dalla polvere, dalle mosche e da qualsiasi altra causa di contaminazione.

Le LL. EE. vorranno in tal senso dare istruzioni ai dipendenti uffici sanitari e sollecitarne l'attività, perchè ne curino oculatamente e con continuità l'applicazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUI (*Alessandria*). — Posto di medico-chirurgo condotto per la zona suburbana della frazione Visone. Scadenza 23 maggio 1934. Stipendio annuo L. 7000, indennità mezzi di trasporto L. 1000, soggette a trattenute e riduzioni secondo legge. Chiedere bando di concorso alla Segreteria del Municipio di Acqui.

AGRIGENTO. *Municipio*. — Scad. 60 giorni dal 10 febbr.; 3ª e 4ª condotta del capoluogo; titoli ed esami; L. 8000 al lordo del 12 %; c.-v.; età limite 35 a.; doc. a 3 mesi dal 10 febbr. Chiedere avviso.

AVELLINO. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Scad. ore 12 del 20 apr.; medico aiuto del dispensario antitubercolare; L. 7000 oltre L. 2100 serv. att., 4 quinquenni; età lim. 45 a. Sono vacanti anche due posti di assistente sanitaria visitatrice. Rivolgersi all'Ammin. Prov.

COSENZA. *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami. Posti di Ufficiali Sanitari per i seguenti Comuni con lo stipendio a fianco di essi indicato: 1) Acquaformosa L. 2500; 2) Albidona L. 2500; 3) Aprigliano L. 3500; 4) Buonvicino L. 2500; 5) Campana L. 2500; 6) Carolei L. 2500; 7) Cassano al Ionio L. 5000; 8) Cerisano L. 2500; 9) Cerzeto L. 2500; 10) Cropalati L. 3500; 11) Firmo L. 2500; 12) Francavilla Marittima L. 2500; 13) Grimaldi L. 2500; 14) Crisolia Cipollina L. 3500; 15) Maierà L. 2500; 16) Malito L. 3500; 17) Marano Marchesato L. 2500; 18) Mongrassano L. 2500; 19) Rogiano Gravina L. 3500; 20) Rose L. 3500; 21) Rota Greca L. 2500; 22) S. Domenica Talao L. 2500; 23) S. Donato Ninea L. 3500; 24) S. Fili L. 3500; 25) S. Martino di Finita L. 2500; 26) Saracena L. 3500; 27) Spezzano Albanese L. 3500; 28) Spezzano Sila L. 3500; 29) Tarsia L. 2500; 30) Verbicaro L. 3500. Scadenza per tutti i posti, il 31 marzo 1934-XII.

FIRENZE. *Comune*. — Scad. 1° mag., ore 18; 2 condotte; L. 8500 e 8 trienni di L. 710; assegni varî. Titoli ed esami. Chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

FIORENZUOLA D'ARDA. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 15 maggio, ore 17; direttore-chirurgo primario dell'Ospedale Civile; età limite 45 a.; doc. a 3 mesi dal 10 feb.; tassa L. 50,10; stip. L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1700 serv. att. e c.-v.; riduz. 12 %; compartecipaz. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla segreteria dell'Ospedale (corso Garibaldi 17).

FOSSACESIA (*Chieti*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 8000 al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %, suscettibile di cinque aumenti quadriennali del decimo. Per l'indennità di cavalcatura sarà provveduto con deliberazione a parte. Indennità di Lire Cinque annue per ogni povero in più dei Cinquecento. Le domande e i documenti, l'elenco dei quali e relative modalità possono desumersi dal bando di concorso, da richiedersi alla Segreteria del Comune, dovranno pervenire alla Segreteria predetta non oltre l'otto marzo 1934-XII.

FROSINONE. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*. — Scad. 12 mar.; direttore della Sezione dispensariale di Cassino; L. 12.000 e 10 aumenti 5 %; riduz. 12 %; età limite 35 a. al 1° feb.; tassa L. 50,10.

GENOVA. *Comune*. — Il numero dei posti a medico fuori ruolo dei Dispensari Comunali per le malattie veneree (v. fasc. 3) è aumentato da uno a due e la data di scadenza del concorso è prorogata al 31 marzo.

GREVE (*Firenze*). — Scad. 20 apr.; L. 8000 e 8 trienni dec.

LIDO DI VENEZIA. *Ospedale al Mare*. — Scad. 15 marzo, ore 18; 2 assistenti di medicina e 4 di chirurgia; età limite 30 anni; L. 10.000 soggette a ritenute; doc. a 3 mesi dal 1° febbr.; nomina e 3 conferme biennali. Chied. annunzio.

MILANO. *Ospedale Fatebenefratelli-Fatebenesorelle « Ciceri-Agnesi »*. — Scad. 28 apr., ore 15; primario medico; titoli ed esami; L. 8000; età limite 45 a.; documenti a 3 mesi dal 28 gennaio. Chiedere avviso. Rivolgersi all'Ufficio Protocollo della Presidenza, via Fatebenefratelli, 9.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi*. — Scadenza 15 marzo 1934-XII. Per titoli, posto di primario chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde 12 %); compartecipazione 40 % proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40; libera docenza patologia o clinica chirurgica; sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche universitarie od Ospedali oltre 500 letti; almeno dieci anni di laurea. Tassa concorso L. 50,10. Chiedere notizie e Capitolato alla Congregazione di Carità.

PIGNONE (*La Spezia*). — Scad. 31 mar.; L. 8200 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di Coadiutore e posto di Assistente della Sezione Chimica, nonchè posto di Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi di Reggio Calabria. Età massima per l'ammissione al

concorso anni 35, salvo le proroghe a favore degli ex-combattenti e quelle previste dai RR. DD. LL. 23 marzo 1933, n. 227, e 1° giugno 1933, n. 641. Non sarà tenuto conto dei limiti di età: per gli aiuti assistenti universitari, o d'Istituti Superiori, per le Facoltà di Medicina e Chirurgia e di Chimica o di Chimica e Farmacia, nominati in seguito a pubblico concorso; per i dipendenti da altre Amministrazioni; e per coloro che alla data del bando di concorso prestino ininterrotto servizio, anche per effetto di incarico provvisorio, da almeno tre anni, presso Laboratori d'igiene e profilassi dipendenti dallo Stato o da Enti pubblici. Da esibire, entro il 20 marzo 1934, i consueti documenti di rito. Competenze: per il Coadiutore, stipendio annuo lordo di L. 13.700, aumentabile a L. 14.300 dopo 4 anni, a L. 15.100 dopo otto anni ed a L. 16.000 dopo dodici anni; indennità servizio attivo L. 3500 annue lorde. Per ciascuno dei due Assistenti, stipendio annuo lordo di L. 11.600, aumentabile a L. 12.200 dopo 4 anni, a L. 12.900 dopo otto anni ed a L. 13.700 dopo 13 anni; indennità servizio attivo L. 2800 annue lorde. Tutte le competenze sono soggette alla riduzione del 12 %. Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorso per allievo Ispettore Sanitario. Età massima 34 anni al 3 gennaio 1934; per invalidi di guerra o Causa nazionale 43 anni, con prolungamento per combattenti (anni 5), per inscritti al P. N. F. prima del 28 ottobre 1922 (altri 4 anni). Esami scritti di medicina e chirurgia; orali di patologia e chimica medica e chirurgica, nozioni di otoiatria, oculistica, igiene e polizia sanitaria, psicotecnica, legislazione sanitaria, diritto corporativo e statistica. Prova facoltativa di igiene pratica applicata e di lingue estere. Scadenza 12 marzo, ore 17. Per ulteriori informazioni e programmi, rivolgersi alle Sedi di compartimento delle Ferrovie Stato od alla Direzione Gen. F. S., Serv. Personale e Affari Generali, piazza Croce Rossa, Roma.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Castelplanio, Ponte S. Giovanni (Ancona); Trani (Bari); Castel S. Pietro d'Emilia, Ferrara II, S. Ilario D'Enza, Stanghella (Bologna); Decimomannu, Siliqua (Cagliari); Prato I, Vaglia (Firenze); Benevento I (Foggia); Imperia, Oneglia (Genova); Chiavenna, Colico, Delebio, Dervio, Milano I, Milano II, Milano III, Milano IV, Niguarda, Novate Mezzola, Seriate, Valmadrera, Vanzago (Milano); Dugenta, Formia II, S. Giuseppe Vesuviano (Napoli); Aragona Caldare, Bolognetta, Lercara I, Lercara II, S. Carlo (Palermo); Arcola, Fornovo di Taro, Pietrasanta, Pontedera I, S. Miniato (Pisa); Bianconovo, Cosenza II (Reggio Calabria); Magliana, Montalto di Castro II, Palidoro, Pettorano sul Gizio, Pontegalera, S. Marinella, Sora, Venafro I (Roma); Cassano all'Ionio, Massafra (Taranto); Borgo Lavezzaro, Borgo Vercelli, Bricherasio, Canelli, Castagnole delle Lanze, Fara, Farigliano, Grignasco, Limone, Olevano, S. Giuseppe di Cairo, Valdigna d'Aosta, Vespolate (Torino); Povo, Rio di Pusteria (Trento); Aurisina, Giusaforte, Portole, Udine III (Trieste); Basiliano, Campodarsego, Lerino, Solagna (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 6 marzo 1934-XII.

Roma. *Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica).* — Scad. 90 giorni dal 3 febbraio. Due assistenti medici nel Laboratorio di micrografia e batteriologia. Nove medici provinciali aggiunti. Bando di concorso nella « Gazz. Uff. » del 3 febbraio; informazioni presso le RR. Prefetture.

Santa Teresa Gallura (*Sassari*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., addizionale L. 5 sopra i 1000 poveri, trasp. L. 2500 (rivedibili); se uff. san. L. 800; età limite 35 a.; tassa L. 50.

Savona. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 28 feb.; direttore del Consorzio e del Dispensario provinc.; L. 18.000 oltre L. 4000 serv. att., al lordo del 12 %; titoli ed esami. Chiedere notizie e capitolato alla Segreteria.

Torino. *Comune.* — Scad. 3 mar.; 3 condotte; rivolgersi Municipio, Divisione Personale.

Vairano Potenora (*Napoli*). — Scad. 24 apr.; L. 9500; riduz. 12 %; indenn. cavalc. da fissare anno per anno; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

Venezia. — (Vedi Lido di Venezia).

Vercelli. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale. Stipendio L. 19.000 oltre a L. 5000 di indennità di servizio attivo lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio. Riconoscimento del servizio prestato altrove fino a due quadrienni. Scadenza ore dodici del 25 aprile 1934-XII. Richiedere avviso alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Vercelli.

Vicenza. *Comune.* — Scad. 10 mar.; VII condotta; L. 9500 e 6 quadrienni 10 %, oltre L. 300 ambulat., L. 600 serv. att., indenn. famiglia, lire 800-1800 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

Volpiano (*Torino*). — Scad. 11 mag., ore 18; rivolgersi Segret. comun.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Per la Stampa Medica Italiana.
Un concorso aperto a medici e giornalisti.

L'Ufficio Stampa Medica Italiana bandisce un concorso a premi per un lavoro sui temi seguenti:

1) La storia della Stampa medica in generale e di quella italiana in particolare;

2) Quali criteri programmatici e quali modalità di svolgimento sono i più consigliabili per i periodici che costituiscono le varie categorie della Stampa Medica Italiana.

Il concorso, al quale potranno prendere parte, oltrechè i medici, anche i giornalisti, sia inscritti alla categoria professionisti, che in quella dei pubblicisti, è dotato di L. 5000 di premi, offerti dal tanto benemerito grand'uff. prof. P. Piccinini, e che verranno assegnati da una Commissione nominata dall'Ufficio Stampa Medica Italiana, d'accordo col Sindacato Medico Provinciale Fascista di Milano. In detta Commissione saranno compresi, oltrechè medici pubblicisti, anche giornalisti non medici.

È lasciata la massima libertà per lo svolgimento di ciascun tema, avvertendosi che basterà si svolga uno dei due temi.

I lavori, in doppia copia dattilografata, con am-

piezza da un minimo di 10 pagine ad un massimo di 100, dovranno inviarsi raccomandati alla Direzione dell'Ufficio Stampa Medica Italiana, via Vallazze 39, Milano, non più tardi del 30 settembre del corrente anno 1934-XII.

Modalità consuete.

Oltre i premi in danaro, saranno messe a disposizione della Commissione, se questa lo riterrà opportuno, anche alcune medaglie.

Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio Stampa Medica Italiana, via Vallazze 39, Milano.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Maurizio Ascoli è nominato preside della Facoltà medica di Palermo per il biennio accademico 1933-34 - 1934-35.

La Sanità Militare ha offerto al prof. Federigo Bocchetti una medaglia d'oro in riconoscimento dell'opera da lui spiegata in quindici anni di direzione del Sanatorio Militare di Anzio.

Siamo lieti di annunziare che il prof. dott. Sertorio Marinacci, direttore e chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Chieti, è nominato membro della Società internazionale di chirurgia, che ha sede a Bruxelles.

Il ten. col. medico Felice Barile, direttore dell'Ospedale Militare di Chieti, è nominato direttore di Sanità e assegnato al Comando Militare della Sicilia con sede a Palermo.

Il concorso a premio per il 1933 bandito dall'Accademia Lancisiana di Roma intorno all'argomento: « L'ascesso del polmone », è stato vinto brillantemente dal prof. Tommaso Lucherini, primario medico degli Ospedali di Roma. Il premio è di L. 2000. Rallegramenti vivissimi.

La Commissione per il conferimento della libera docenza in Patologia speciale medica ha proposto per l'abilitazione i dottori: Egidio Antoniazzi, Riccardo Arrigoni, Gaetano Borruso, Mario Bottaliga, Franco Capuani, Giovanni Casolo, Vincenzo Cavallaro, Aldo Cionini, Alceste Conti, Francesco Conti, Vittorio De Antoni, Tullio De Sanctis Monaldi, Antonio Gasparini, Luigi Gedda, Enrico Iacarelli, Giulio Lega, Ermanno Lombardi, Vittorio Pennati, Ugo Peratoner, Lodovico Pontoni, Arnaldo Pozzi, Filippo Rocchi, Emanuele Samek, Mario Torrioli, Leopoldo Winternitz. Ai neo-professori, molti dei quali nostri collaboratori ed amici, esprimiamo il cordiale compiacimento della redazione.

Il dott. Attilio Grapiolo è nominato, in esito a concorso, capo di Servizio nella Sezione di Clinica Medica dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires. I dottori Donato Boccia, Carabelli e lo stesso Grapiolo sono designati come capi di Sezione (primarî) in detto Servizio.

S. M. il Re *motu proprio* ha insignito della Commenda nell'Ordine della Corona d'Italia, il dott. Vincenzo Lo Bianco. Rallegramenti.

L'on. Louis Marin è nominato ministro della salute pubblica e dell'educazione fisica per la Repubblica Francese, in sostituzione dell'on. Emile Lisbonne, dimissionario.

Il prof. Carlos Monge M. è nominato presidente dell'Accademia di Medicina di Lima (Perù).

NOTIZIE DIVERSE.

Calendario dei Congressi pel 1934.

Marzo 16-17, Lione: Giornate termali e climatiche. Segr. gener.: prof. Piéry, Faculté de Médecine, Lyon.

Marzo 17-19, Lilla: Giornate mediche franco-belghe. Segreteria: rue Jean-Bart 1, Lille.

Marzo 21-24, Tunisi: 1° Congresso della Federaz. delle Società mediche d'Algeria e Tunisia. Segretario del Gruppo italiano: Dr. Plinio Soria, avenue de Paris 25, Tunis.

Marzo 24 - aprile 21, Parigi: Settimana odontologica e 47° Congresso dentario.

Marzo 28-30, Rabat (Marocco): 58ª Sessione dell'Assoc. franc. per il progresso delle scienze. Segreteria: rue Serpente 28, Paris (VIe).

Aprile 9-10, Baden-Baden: Riunione della Società roentgenologica tedesca.

Aprile 9-12, Wiesbaden: Congresso della Società Tedesca per la medicina interna.

Aprile 12-13, Wiesbaden: Congresso della Società per malattie della nutrizione e del ricambio.

Aprile 16-17: Bad Kiessingen: 7ª riunione della Società ted. per gli studî sulla circolazione. Segr. gen.: prof. Eb. Koch, Bard Nauheim, Germania.

Aprile 25-29, Bruxelles, 29° Congresso dell'Associazione franc. degli anatomici. Segreteria: Faculté de Médecine, boulevard de Waterloo, Bruxelles.

Aprile 30 - maggio 6, Roma e Milano: 10° Congresso mondiale del latte. Segret. gen.: on. Franco Angelini, via Veneto 7, Roma (105).

Maggio 3-6, Mosca: Congr. internaz. sul reumatismo. Segreteria: Bureau de la Ligue internationale contre le rhumatisme, Keizersgracht 489, Amsterdam, Olanda.

Maggio 6-12, Madrid: 1° Congresso naz. di Sanità. Segreteria: Direción General de Sanidad, plaza de España, Madrid.

Maggio 7-10, Parigi: Congr. francese di ginecol. Segr. gen. Dr. Maurice Fabre, rue du Conservatoire 6, Paris (IXe).

Maggio 17-19, Würzburg: 14ª Riunione della Soc. tedesca dei laringo-rino-otologi.

Maggio 19-21, Amsterdam: Congresso olandese-belga di neurologia e psichiatria. Segr. gen.: Dr. A. Leroy, rue Beeckman 18, Liége, Belgio.

Maggio 20-21, Châtel-Guyon: Congr. internaz. sulla colibacillosi. Per informaz.: Dr. P. Balme, Les Grandes Thermes, Châtel-Guyon, Puy-de-Dôme, Francia.

Maggio 23-25, Münster: Congr. della Società tedesca di psichiatria.

Maggio 26-28, Perugia: 11° Congresso nazionale di radiologia.

Maggio 27-30, Cagliari: 5° Congresso naz. di microbiologia. Segreteria: via Darwin 20, Milano.

Maggio 27-30, Lilla: 19° Congr. di medicina legale di lingua francese. Segr. gen.: prof. agrégé Muller, rue de Friedland 14, Lille.

Maggio, data indet., Cagliari: 1° Congresso regionale medico sardo. Presidente: prof. Luigi Castaldi, R. Università, Cagliari.

Maggio, data indet., Parigi: 48° Congresso della Società francese di oftalmologia.

Giugno 9-10, La Bourboule: Congresso internaz. del linfatismo. Segr. gener.: Dr. E. Sauzet, La Bourboule, Puy-de-Dôme, Francia.

Giugno, 23-24, Winterthur: Riunione della Società svizzera per la medicina interna e della Lega svizzera contro la tubercolosi. Rivolgersi al pre-

sidente della Società, prof. Gigon, Feierabendstrasse 15, Basel, Svizzera.

Giugno 23-27, Bruxelles: 14ª Sessione delle Giornate Mediche. Segr. gen.: Dr. R. Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles.

Giugno 28 - luglio 1, Aix-Les-Bains: Conferenza scientifica internazionale sul reumatismo progressivo generalizzato. Tesoriere: Dr. Dusmel, Aix-les-Bains, Francia.

Giugno, data indet., Acqui e San Remo: Congresso dell'Associaz. Med. Ital. di Idroclimatologia, Talassoterapia e Terapia fisica.

Giugno, data indet., Buenos Aires: 1° Congresso di Kinesiologia. Segreteria: Circulo de Kinesiólogos de la República Argentina, Santa Fé 1171, Buenos Aires.

Luglio 2-3, Lione: Giornate ortopediche. Segretario: M. Brunat, rue de la République 13, Lyon.

Luglio 5 e ss., Caracas: 6° Congr. venezuelano di medicina. Segr. gen.: Dr. Domingo Luciani, apartado de correos 17, Caracas, Venezuela.

Luglio 9-11, Parigi: 8° Congresso dell'Associaz. francese di pediatria. Segr. gen.: Dr. Jean Cathala, rue Scheffer 45, Paris.

Luglio 16-22, Lione: 38° Congresso dei medici alienisti e neurologi di Francia e paesi di lingua francese. Tesor.: Dr. Vignand, avenue d'Orléans 4, Paris (14e).

Luglio 19-21, Lione: 5° Congr. di dermatologi e sifilologi di lingua francese.

Luglio 24-31, Zurigo: 4° Congr. internaz. di radiologia, con Esposizione. Segr. gen.: Dr. Hans E. Walther, Gloriastrasse 14, Zürich; segret. dell'Esposizione: ing. A. Strelin, Rämistrasse 7, Zürich. Indir. telegr.: Rakongress.

Luglio, data indet., Rosario de Santa Fé: 5° Congresso medico argentino; Buenos Aires: 2° Congresso naz. di ostetr. e ginec. Segreteria: Santa Fé 1171, Buenos Aires.

Luglio, data indet., Rio de Janeiro: 1° Congresso medico sud-americ. di psicanalisi.

Luglio, data indet., Zurigo: Comitato internaz. della luce.

Luglio, data indet., Utrecht: Congr. internaz. di patologia geografica.

Luglio 30 - agosto 3, Londra: Congr. internaz. contro l'alcoolismo.

Agosto 5-10, Londra: 2° Congresso internaz. neurologico.

Agosto 27-30, Québec (Canadà): 23° Congresso dei medici di lingua francese dell'America del nord e 23° Congresso francese di medicina. Segr.: prof. Weill, rue de Livourne 66, Bruxelles, Belgio.

Agosto, data indet., New York: 12° Congresso internaz. di med. veterinaria.

Settembre 4-11, Varsavia: 9ª Conferenza dell'Unione internaz. contro la tubercolosi.

Settembre 10-15, Venezia: 1° Congresso internaz. di elettro-radiobiologia. Rivolgersi al dott. Giocondo Protti. Canal Grande, S. Gregorio 173, Venezia.

Settembre 20-22, Perugia: 11° Congresso ital. di radiologia. Segretaria gen.: sig.a Maria Bellucci, corso Vannucci, Perugia; per la Mostra: dott. Fratini, Istituto di Radiologia, Policlinico, Perugia.

Settembre, data indet., Bologna, 2° Congresso internaz. di stomatologia. Segret. gen.: prof. Giovanni Corradi, Bologna.

Settembre, data indet., Teramo: 2° Congresso della Soc. med.-chir. degli Abruzzi. Segret.: dott. Armando Trattoni, Ospedale Civile, Giulianova.

Ottobre, 8-12, Parigi: Congresso francese di chirurgia. Segr.: rue de la Seine 10, Paris.

Ottobre 8, Parigi: 34° Congresso francese di urologia.

Ottobre 12, Parigi: 16ª Riunione annua della Società franc. di ortopedia.

Ottobre, seconda decade, Napoli: 23ª Riunione della Società Italiana per il progresso delle scienze. Segreteria: via del Collegio Romano 26, Roma (101).

Ottobre, data indet., Roma: 6° Convegno della Soc. Ital. di anatomia. Segretario gen.: prof. V. Visco, viale Regina Margherita 289, Roma.

Ottobre, data indet., Roma: Congressi ital. di medicina interna, chirurgia, urologia.

Ottobre, data indet., Napoli: Congresso ital. d'igiene e medicina tropicali. Segreteria: R. Clinica delle malattie tropicali e subtropicali, Policlinico Umberto I, Roma (127).

Ottobre, data indet., Lilla: 19° Congresso francese di medicina legale. Segretari generali: Dr. Piédebièvre, rue Cassini 5, Paris; Dr. Muller, rue de Friedland 14, Lille.

Ottobre, data indet., Parigi: 8° Congresso francese di stomatologia; 47° Congresso francese di otorinolaringologia; 21° Congresso franc. d'igiene; 2° Congresso scientifico cinematografico.

Dicembre 27-30, Boston: Congresso dell'Associazione americana per il progresso della scienza.

Dicembre, data indet., Tel-Aviv, Gerusalemme, Caifa e Giaffa: 4° Congresso internaz. di tecnica sanitaria e d'igiene urbanistica.

Dicembre, data indet., Palermo: 7° Congresso internaz. di talassoterapia.

Dicembre, data indet., Ginevra-Zurigo: Congresso internazionale di idrologia medica.

Data indeter.: Berlino, Congresso internaz. di microbiologia; Vienna, Congresso internaz. di psicopatologia applicata.

Corso di perfezionamento in tisiologia.

Dal 9 aprile al 9 maggio 1934-XII avrà luogo in Genova un corso celere di Perfezionamento nella patologia, clinica e profilassi delle malattie tubercolari, col concorso di professori della Facoltà Medica della R. Università di Genova. Le iscrizioni, in carta semplice, si ricevono presso la Segreteria dell'Istituto di Studi scientifico-pratici sulla tubercolosi, Genova, via Balilla 1. Agli iscritti che avranno regolarmente frequentato il corso e avranno superato l'esame finale sarà rilasciato apposito certificato. L'iscrizione è gratuita. Il limite massimo della presentazione della domanda scade il 4 aprile 1934-XII.

La medicina italiana in Palestina.

Il dott. Tommaso Sarnelli, dell'Istituto di medicina tropicale dell'Università di Modena, per invito dell'Associazione medica araba ha organizzato una serie di conferenze in Palestina — a Caifa, Gerusalemme, Giaffa — tenute in lingua araba, sugli antichi rapporti tra la medicina italiana e quella araba e sulle malattie oculari endemiche nei paesi del Mediterraneo orientale.

Alle conferenze dello studioso italiano sono intervenute le autorità ed un pubblico numeroso ed eletto costituito in gran parte da medici.

Relazioni mediche della Francia con altri Paesi.

L'Assemblea generale annua dell'A.D.R.M. (Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays étrangers) si è adunata sotto la presidenza del decano della Facoltà medica di Parigi, prof. Roussy. Il presidente

dell'Associazione, prof. Hartmann, segnalò tra l'altro che si è ridotto il numero degli ospiti provenienti dall'America ed è aumentato quello degli ospiti provenienti dall'Egitto, dalla Persia e dall'Olanda; si sono avute parecchie visite di medici in comitiva; la Francia si è fatta rappresentare nelle Associazioni e nei Congressi all'Estero. Il prof. Roger dichiarò di essere deciso a secondare, in modo attivo ed efficace, gli sforzi dell'Associazione, diretti ad attivare il richiamo di stranieri, i quali diffonderanno il pensiero francese. A tale scopo si adopererà a rendere la Facoltà medica di Parigi sempre più efficiente.

Esito di un concorso medico e letterario.

A complemento della Biblioteca Genialità Medica Italiana, nella quale si raccolgono libri letterari (poesie, romanzi, novelle, teatro, critica d'arte, di storia ecc.) scritti da medici, l'Ufficio Stampa Medica Italiana bandiva un concorso per lavori sul tema: « Medici poeti e letterati in Italia », al quale potevano partecipare i medici e anche gli scrittori in generale. In seguito al giudizio espresso dalla Commissione, sono assegnati i seguenti premi:

Primo premio (L. 1000) al prof. Filippo Fichera di Floridia (Siracusa), residente a Milano; secondo premio (L. 500) a ciascuno dei tre concorrenti seguenti giudicati « a pari merito »: sig.na Emma Pellegrini di Milano, dott. Bonaventura Cipolletta di Mugnano di Napoli, dott. Sergio Mantovani di Sovravalle Po, residente a Milano; terzo premio (medaglia artistica commemorativa del Concorso e L. 100 di incoraggiamento) a ciascuno dei seguenti concorrenti: dott. Antonio Amitrano (Napoli), dott. Ciro Angelillis (Capolona di Arezzo), dott. Mariano Lepore (Avellino), dott. Giovanni Pansini (Montottone di Ascoli Piceno). Anche ai primi premiati e ai componenti la Commissione è stato fatto omaggio dell'artistica medaglia commemorativa del Concorso.

Sul Congresso internazionale di Radiologia.

Il Consiglio direttivo della Società Italiana di Radiologia comunica a proposito del Congresso internazionale di Radiobiologia, che si dovrebbe tenere in Italia, a Venezia, che il prof. Forsell ha rifiutato l'adesione ritenendola incompatibile con la sua posizione di membro del Consiglio dei Congressi Internazionali di Radiologia e che la SIRM ha deciso di mantenersi estranea all'iniziativa dei promotori del Congresso di Radiobiologia di Venezia e che nessuno dei delegati italiani a Zurigo farà parte del Comitato ordinatore.

Gli organizzatori non hanno neppure interpellato la « Sirm » e il Comitato dei Congressi Internazionali di Radiologia.

Riduzioni sui medicinali per i dopolavoristi.

Attraverso l'opera del presidente dell'O. N. D. di Milano, il Sindacato fascista farmacisti della Provincia ha concesso ai dopolavoristi gli sconti del 10 per cento sulle specialità medicinali italiane: del 5 per cento sulle specialità medicinali estere; del 30 sulle prescrizioni mediche con ricetta. Di questa concessione potranno fruire anche i dopolavoristi della Provincia purchè siano (come quelli di Milano) in possesso della tessera dell'anno XII. La concessione di tali sconti avrà inizio il 1° marzo 1934 e lo stesso Sindacato nominerà una commissione di farmacisti alla quale sarà devoluta la sorveglianza per la integrale applicazione dei ribassi a quei dopolavoristi che ne avranno diritto.

Un po' dovunque.

Con RR. Decreti 3 gennaio 1934 sono revocate le dichiarazioni di zone malariche per molta parte dei territori delle province di Salerno e di Varese. Il provvedimento prova l'irresistibile azione di risanamento attuata dal Regime.

Il 15 febbraio ha avuto luogo, allo Stadio del P. N. F., la riunione del Consiglio di presidenza della Federazione italiana dei medici degli sportivi, con il seguente ordine del giorno: relazione, funzione fino ad oggi, convegni, congressi A. XI; revisione dello statuto, regolamento; membri del Consiglio di presidenza e del comitato di consulenza; funzione dei medici, ispezioni, propaganda, lavoratori, bollettino; convegni anno XII e varie. Erano presenti il Direttorio al completo e il rappresentante del C.O.N.I.

La Lega nazionale belga contro il cancro si è adunata a Bruxelles il 7 febbraio; furono nominati: presidente onorario il prof. Bayet e presidente effettivo il prof. Lerat.

La Lega belga contro il reumatismo si è adunata a Bruxelles il 18 febbraio sotto la presidenza del prof. De Nobele; ha svolto un ampio programma.

Si sta costituendo in Roma la Società Italiana di Chirurgia plastica estetica e riparatrice. I chirurghi e gli specialisti, clinici ed ospedalieri, che desiderano dare la loro adesione morale allo sviluppo di questa Società sono pregati di mettersi in relazione con il prof. Arturo Manna, R. Clinica Chirurgica, Roma.

L'Associazione francese delle donne medichesse si è adunata il 23 gennaio a Parigi. Per eventuali informazioni rivolgersi alla segreteria generale Dr. Caussé, rue des Saints-Pères 81, Paris (6e).

La Società Medico-Chirurgica Veronese si è adunata il 5 febbraio sotto la presidenza del dott. F. Delaini assistito dal segretario prof. G. Zanni; furono fatte comunicazioni dai dottori A. Bovi, G. Cazzarolli, L. Perbellini e dal prof. G. Zanni.

Un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti alla carriera sanitaria si terrà nel R. Istituto d'Igiene di Milano a partire dal 9 aprile, per la durata di due mesi; tassa L. 300. Chiedere annunzio alla segreteria dell'Università (corso Roma 10) o al direttore dell'Istituto (via Ospedale 5).

Il prof. Mario Carrara ha assunto, oltre alla direzione, anche l'amministrazione dell'« Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale ». Gli abbonamenti devono essere indirizzati in via Legnano 26, Torino (118) (importano annualmente per l'Italia L. 80 e per l'Estero L. 100).

Il prof. Luigi Devoto tenne il 18 gennaio, al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, un discorso sulla legge per l'assicurazione contro le malattie professionali.

Il prof. Arce, direttore della Clinica chirurgica di Buenos Aires, ha tenuto nell'Accademia Medica Lombarda una conferenza sulla « Ventricolografia mediante l'olio iodato ».

Il prof. De Quervain, direttore della Clinica chirurgica di Berna, ha tenuto nella Clinica chirurgica di Torino una conferenza su « Il gozzo maligno ».

Un viaggio medico-turistico è indetto dalla « Rassegna internazionale di clinica e terapia » a Parigi, per i giorni 16-23 aprile (da e per Torino,

quota individuale Lit. 750) e facoltativamente a Lione, Marsiglia e Nizza (con ritorno a Genova; quota individuale Lit. 500). Rivolgersi all'amministrazione della Rassegna (S. Felice a Piazza Dante 18, Napoli) o presso le varie filiali dell'Agenzia Chiari Sommariva.

Durante le tragiche giornate parigine, rimase ucciso il dott. Jean Fabre, interno nell'Ospedale Saint-Joseph, dell'età di 32 anni, figlio di un medico; fu selvaggiamente colpito alla testa il dott. Lobligeois, mutilato dei raggi X, vice-presidente del Consiglio municipale, mentre compiva il suo dovere in difesa delle libertà pubbliche, contro i violenti tentativi dei comunisti; rimasero feriti anche alcuni studenti in medicina.

Il prof. grand'uff. Giuseppe Vairo venne, or è qualche tempo, investito da un'automobile, riportando delle ferite piuttosto gravi. All'insigne sanitario manifestiamo il nostro rammarico per l'infortunio e, al tempo stesso, il nostro compiacimento per l'avvenuta guarigione.

Un medico di Berlino, chiamato urgentemente di notte al capezzale di un'inferma, fu aggredito da quattro malfattori che lo depredarono di 15.000 marchi e di un orologio d'oro; poi nella sua stessa automobile egli fu portato fuori della città e lasciato libero.

Il Segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, con provvedimento in data 7 febbraio, presa visione del verbale della riunione del Direttorio del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici di Parma, in data 9 gennaio, ha deliberato l'espulsione del prof. dott. Giovanni Corradi, di Bologna, dal Sindacato Provinciale suddetto, a' sensi dell'art. 25 dello Statuto; il provvedimento comporta un ricorso al Ministero delle Corporazioni.

Con provvedimenti adottati dai varî Sindacati provinciali, è stata inflitta, a tutti i componenti il Consiglio direttivo della Società Italiana di chirurgia della bocca, inscritti ai Sindacati, la sospensione della durata di sei mesi, per non aver impedito una comunicazione incriminata del prof. Corradi e non averla poi smentita.

Un medico esercente in un paese della Romania, dott. Argenteanu, è stato privato degli attributi maschili, a titolo di vendetta, da un ricco allevatore, perchè nell'amante di questi il medico aveva diagnosticato una gravidanza e il parto ebbe luogo, ma dopo 11 mesi e venne attribuito alla circostanza che, in seguito alla diagnosi dimostratasi falsa, non erano più state adottate le cautele necessarie per evitare il concepimento.

La Corte d'Assise di Firenze ha condannato a 27 anni di reclusione, spese e risarcimento di danni verso la parte civile e 3 anni di vigilanza speciale il dott. Alessandro Carosi, di anni 34, nato a Roma e residente a Viareggio, per omicidio volontario, commesso in Viareggio il 15 aprile 1932, in persona dell'amante Tina Boniforti, e per distruzione di cadavere, allo scopo di occultare l'omicidio; ha condannato anche la di lui domestica Francesca Roticcioli, di anni 20, a 5 anni, per correità nel reato di distruzione del cadavere, concedendole il condono di 3 anni.

La X Sezione del Tribunale di Roma ha condannato a sette mesi di reclusione e cento lire di multa, con la condizionale, certo Angelo De Angelis, per incetta di carne proveniente da macellazione clandestina.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Rass. di Terapia e Patol. Clin., nov. — A. RISI. Fisiopatologia del pneumo bilaterale ecc. — G. LEONE. Canfora e suoi succedanei.

Pathologica, 15 nov. — S. MARRAS. Infarto adiposo del fegato.

Diagnostica e Tecn. di Laborat., 25 sett. — P. LIVRAGA. Ipoglicemie cliniche e sperimentali.

Gazz. Internaz. di Med. e Chir., 30 nov. — E. AIEVOLI. Coliche renali da reflusso ureterale.

Brit. Med. Journ., 2 dic. — W. L. BROWN. Come agiscono i rimedi?

Practitioner, dic. — Numero sui disturbi gastrointest.

Münch. Med. Woch., 1 dic. — W. H. JAUSEN. Dietoterapia del diabete. — R. RIEMANN. Sieroterapia della peritonite.

Proc. R. Soc. Med., nov. — Relazione sulla terapia con radium e raggi X. — Casistica.

Brit. Med. Journ., 25 nov. — W. HARRIS. Il trauma nella genesi delle neuropatie organiche.

Lancet, 25 nov. — W. BROWN. La psicologia dell'influenza personale.

Journal A. M. A., 11 nov. — O. H. WANGENSTEEN e J. R. PAINE. Trattam. dell'ostruzione intest. acuta colla sonda duodenale. — J. B. COLLIP e al. Produzione dell'estro.

Arch. Med.-Chir. App. Resp., 4. — COQUELET. Trattam. delle pleuriti purulente. — EM. SERGENT e al. Ernia diaframmatica dello stomaco e del colon a ripetizione.

Cl. Med. It., nov. — L. CANNAVÒ. Splenopatie e diabete. — M. GAVAZZENI. Funzionalità endocrina del pancreas e splenomegalia. — E. MACCHIA. Estratti acquosi di fegato per via parenterale e reazioni allergiche. — G. BATTISTINI. Metabolismo dell'ac. ossalico.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Numero di med. legale e del lavoro.

Med. Klinik, 25 nov. — A. LANCH. Anatomopatologia dell'influenza. — W. BAYER. Rapporti tra pertosse ed influenza.

Riv. di Patol. nerv. e ment., sett.-ott. — S. MARRAS. Gliomi del setto pellucido. — E. RIZZATTI e V. MARTINENGO. Formola leucocitaria nelle distimie. — P. OTTONELLO. Malattia di Schilder. — G. ROASENDA. Paralisi perif. del n. facciale.

Münch. Med. Woch., 24 nov. — O. MÜLLER. L'influenza. — SCHLAYER. Lo sport quale terapia delle malattie interne.

Minerva Med., 1 dic. — P. BASTAI. Fisiopatologia della vecchiaia. — A. JONA. Azioni dei raggi U. V.

Paris Méd., 2 dic. — Numero di terapia.

Riforma Med., 25 nov. — A. FERRANNINI. Diagnosi della tbc. renale.

Riv. San. Sicil., 1 dic. — L. SAVAGNONE. Variazioni del potere agglutinante nella ipertermia sperimentale.

Riv. It. di Ginec., ott. — M. BOSCHETTI. Diagnosi radiologica di morte endouterina del feto.

Sang, 9. — Numero sull'equilibrio glicemico.

Bull. Ac. de Méd., 28 nov. — J. TROISIER e BARIÉTY. Primo-infezione tbc. nell'adulto.

Presse Méd., 8 dic. — A. SAENZ. La bacillemia tbc.

Med. Welt, 2 dic. — H. SCHOLZ. Ereditarietà della tbc. — T. HANSMANN. Valutazione obbiettiva del dolore addom.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 30 nov. — R. BOMPIANI. Stasi urinaria in gravidanza. — G. SCARPITTI. Motilità dell'utero in travaglio di parto.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., nov. — D. GALAMINA. Localizzaz. elettiva dello stafilococco. — B. MELA. L'infezione focale.

Deut. Med., Woch., 3 dic. — Numero sulla patologia invernale.

Münch. Med. Woch., 8 dic. — E. GRAFE. La teoria del diabete m. — RIETSCHEL. Sieroterapia antidift. nella pratica.

Paris Méd., 9 dic. — C. MIKÉLADSÉ. Lambliasi biliare.

Ann. de Méd., dic. — A. DUTHOIT e C. GERNEZ. Anafilassi e antianafilassi. — J. WEILL e al. Interferometria.

Acta Medica Scandin., VI. — Odiosincrasia alla farina. — E. THORJIM. Sprue in Svezia. — K. ROHOLM e T. E. HESS THAYSEN. Iniezioni endovenose d'insulina. — I. HOLGREN. La fragilità vascolare.

Med. Welt, 23 dic. — E. BECHER. Autointossicaz. intestin.

Riforma Med., 9 dic. — F. PERNIOLA. Azione tonificante dell'estratto totale di muscolo in alcune neuropatie e miopatie.

Amer. Med., nov. — T. H. LAUTENSCHLAGER. Fisiologia della cellula cancerosa. — H. GOODMAN. Bernardino Ramazzini.

Klin. Woch., 23 dic. — G. FICHERA. Organoterapia dei tumori maligni.

Arch. di Scienze med., dic. — C. CIONI e L. FRANCESCHI-BICCHIERAI. Sostanze grasse nel rene in condizioni patologiche.

Presse Méd., 26 dic. — L. BERNARD e al. La radio-kimografia nella pratica tisiologica.

Journal A. M. A., 16 dic. — H. W. E. WALTHER e R. M. WILLONGHBY. Il rene post partum. — L. A. BRUNSTIG e al. Trattam. di ulcere cutanee. — S. Harris. Iperinsulismo.

Paris Méd., 23 dic. — Numero di omaggio a Roux e Calmette.

Journ. A. M. A., 2 dic. — O. S. LOWSLEY. Il problema prostatico. — R. K. GHORMELY, J. N. JEPSON. Dolori di schiena.

Presse Méd., 13 dic. — H. CLAUDE e P. MASQUIN. L'avvenire dei paralitici malarizzati.

Rif. Med., 2 dic. — M. DONATI. Azione simpatica della frenico-exeresi. — G. DE FLORA. Azione dell'ipofisi sulla deamminizzazione epatica.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., dic. — A. H. JACKSON. Neurofibromatosi multipla con degeneraz. cancerosa. — R. R. GRINKER e A. E. WELKER. Torcicollo spasmodico.

Arch. internal Med., nov. — J. MÖLLERSTRÖNN. Periodicità nel metabolismo dei carboidrati e funzionalità ritmica del fegato. — J. F. WEIR e M. W. COMFORT. Cirrosi epatica da cincofene.

Presse Méd., 15 dic. — J. TROISIER e R. CATTANI. La febbre bottonosa sperimentale.

Münch. Med. Woch., 15 dic. — P. SCHUSTER. Diagnosi precoce delle malattie nervose.

Indice alfabetico per materie.

Acido cloridrico clorato: azione antisettica . . . . Pag. 313
Bacillemia tubercolare nelle malattie nervose . . . . » 306
Bibliografia . . . . » 308
BIOGRAFIA: E. Tanzi . . . . » 301
Bronchiettasia: impiego dell'olio iodato » 303
Cirrosi epatica: cura chirurgica . . . . » 309
Febbre tifoide a Venezia . . . . » 313
Gambe: ingrossamento . . . . » 305
Gastrite luetica ulcerata . . . . » 283
Gastro-enterologia: comunicazioni varie » 310
Innesti Voronoff: a proposito di — . . » 314
Lebbra: cura . . . . » 313
Muscolatura bronco-polmonare: alterazioni . . . . » 302
Operazione di Bassini e modificazioni proposte . . . . » 291
Piouraco . . . . Pag. 312
Polinevriti da avitaminosi . . . . » 310
Rachianestesia percainica nel taglio cesareo . . . . » 298
Raffreddore e influenza: etiologia e profilassi . . . . » 300
Reni e vie urinarie: varie 311, 312
Sarcomi da pomidoro: cosidetti — . . . » 314
Servizi igienico-sanitari . . . . » 315
Suppurazioni polmonari: posizione declive nella chirurgia delle — . . . . . » 305
Tubercolosi: lotta contro la — nel quadro delle assicurazioni sociali . . . . » 307
Tubercolosi polmonare curata col metodo Leotta: equilibrio elettrolitico . . . » 304
Tumori maligni: cura . . . . » 314
Veleno di serpenti: applicazioni terapeutiche 312, 313

A. POZZI, Resp

C FRUGONI, Red. capo

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 5 Marzo 1934 - XII Num. 9

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: C. Rossi: Su la patogenesi delle pancreatiti croniche.
Osservazioni cliniche: G. Impiombato: Tumori della prostata e della vescica e loro trattamento chirurgico e roentgenterapico.
Note e contributi: G. Milani: Sulle nuove concezioni della patogenesi della parotite.
Apparecchi e strumenti nuovi: P. Bosi: Contributo alla chirurgia delle ossa. Un nuovo passalacci.
Problemi discussi: V. Palumbo: La clinica nella scelta della tecnica per la migliore selezione delle irradiazioni.
Sunti e rassegne: ORGANI DIGERENTI: Achard: La linite plastica. — R. Levent: La sprue. — Leriche: Riflessioni sulle ulcere gastriche e duodenali. — R. Russell Best, Lyle A. Newton e Roy Meidinger: L'assorbimento nell'ostruzione intestinale. — J. Guibal, A. Sabotier, N. Vassileff: Le perforazioni del retto da impalamento. — TERAPIA: H. Gainsborough: La dieta chetogenica in terapia. — R. Stanton Woods: L'irradiazione ultra-violetta nella cura delle malattie. — L. D. Bailey: Il massaggio nella medicina generale.
Medicina sociale: S. Diez: Causa violenta ed infortunio sul lavoro.
Divagazioni: A. Filippini: La sterilizzazione eugenica.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Reale Accademia di Medicina di Torino. — Società Medico-Chirurgica di Pavia. — Società Medico-Chirurgica di Catania. — Accademia Medico-Fisica Fiorentina. — Società Medico-Chirurgica di Pisa.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: A proposito di un caso di actinomicosi toraco-polmonare. — Blocco del frenico ed esame della funzione respiratoria prima della frenicoexeresi. — La puntura precoce delle pleuriti essudative. — Il trattamento medico delle bronchiectasie. — Il trattamento del raffreddore nel bambino. — SEMEIOTICA: L'analisi biochimica dell'urina. — L'esame di urina nella donna. — MEDICINA SCIENTIFICA: Periodicità del metabolismo dei carboidrati e funzionamento ritmico del fegato. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Risposte a quesiti per questioni di massima.
Nella vita professionale: Servizi igienico-sanitari. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Nostre corrispondenze: Da Trieste.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO

diretto dal Prof. N. LEOTTA.

Su la patogenesi delle pancreatiti croniche

per il Prof. CARLO ROSSI, aiuto e docente.

Nell'incessante sviluppo che oggi va assumendo lo studio delle malattie del pancreas, sembra degno del massimo interesse sottolineare alcuni fra i numerosi contributi più recenti. Se si considera con concezione sintetica l'etiologia generale delle affezioni pancreatiche, risalta la molteplicità ed imprecisione dei fattori invocati non solo per la genesi dei processi pancreatici acuti, ma anche e soprattutto di quelli cronici, dei quali intendo qui brevemente occuparmi. Anche nelle monografie più recenti su l'argomento, come: la Relazione sulle malattie del pancreas al 51° Congresso tedesco di Chirurgia (Schmieden e Sebening, 1927), quella su le pancreatiti croniche al 39° Congresso di chirurgia francese del 1930 di Brocq e Miginiac e quello di Gasbarrini e di Tusini al 37° Congresso Italiano di Medicina interna e di Chirurgia (Bari 1931), risalta la sopradetta incertezza e la imprecisione, in esse come cause delle pancreatiti croniche vediamo fra le altre: le intossicazioni croniche, le infezioni acute ematogene, le infezioni croniche specifiche (lue e tubercolosi), e non manca anche chi sostiene, come Calzavara, una infiammazione primitiva del pancreas. Senza voler negare l'importanza di questi diversi fattori etiologici in determinati casi, nei quali manca generalmente un rigoroso controllo che possa farci ritenere come sufficientemente documentata la successione morbosa sostenuta per l'affezione del pancreas, non c'è dubbio che la maggior parte delle pancreatiti croniche sono secondarie a malattie di organi addominali vicini.

Sarebbe lungo citare l'elenco degli autori che hanno descritto casi di pancreatiti croniche nelle affezioni delle vie biliari (Kehr, Körte, Mayo, Brocq e Miginiac, Donati) e nell'ulcera gastro-duodenale (Sawkoff, Schmieden e

Sebening, Galli, Pecco e Polacco, Trivellini, Cannavò). Questi fatti di pura osservazione clinica, pur costituendo un notevole miglioramento delle nostre conoscenze sulla patogenesi di un gruppo di malattie pancreatiche, non hanno portato tutta la luce necessaria su l'argomento. Basta pensare alle notevoli discordanze che esistono fra i vari autori sulla frequenza della pancreatite nelle affezioni degli organi dell'addome superiore, ai vari metodi di indagine applicati, al meccanismo patogenetico invocato. Il vero è che quando si è affermata l'esistenza di lesioni pancreatiche concomitanti ad un'affezione delle vie biliari o ad un'ulcera gastrica o duodenale si è affermato solo una piccola parte della verità, non tutta la verità, giacchè esiste tutto un gruppo di lesioni croniche addominali, che, indipendentemente dall'ulcera e dalle affezioni delle vie biliari, sono capaci di determinare una pancreatite.

Bisogna riferirsi, per una giusta comprensione della situazione patologica del pancreas nell'addome, a quanto ha dimostrato e sostenuto Leotta fin dal 1931 (1).

Le lesioni pancreatiche croniche vengono descritte da Leotta come elementi frequenti della sindrome addominale destra, e cioè come una delle tante lesioni viscerali multiple addominali, che costituiscono appunto l'essenza della S. A. D., la cui concezione ormai è troppo nota perchè io ne debba riassumere i caratteri. L'A. ha infatti notato e descritto in numerosi casi di S. A. D., indipendentemente quindi da una affezione gastro-duodenale o biliare, un pancreas grosso, indurito e talora anche bernoccoluto, specie a livello della testa, affermando che la pancreatite come la colecistite e l'ulcera gastrica e duodenale sono tutte forme legate alla S. A. D. della quale non sono che particolari aspetti evolutivi.

Leotta ha insistito su questo concetto anche nelle successive pubblicazioni (2) e dichiara responsabili queste lesioni pancreatiche di certe intolleranze agli idrati di carbonio e di certe iperglicemie e persino di vere e proprie glicosurie frequentemente note nelle S. A. D. Tale concezione ha ricevuto recentemente conferma dalle ricerche fatte da me (3) sul comportamento del potere lipolitico del siero e amilolitico del siero e delle urine e di Rindone sul ricambio dei carboidrati negli affetti delle varie forme di sindromi addominali destre (4). Da queste ricerche risulta che nelle varie forme di queste sindromi, *siano esse S. A. D. semplici, o S. A. D. con ulcera, o S. A. D. con colecistite, esiste sempre, con la stessa percentuale del* 50 %, *una alterazione della funzione esterna ed interna del pancreas*, rivelata dall'aumento del potere lipolitico del siero e dall'aumento del tasso glicemico a digiuno.

Queste ricerche portano un argomento nuovo, che a me sembra di non poco valore, a sostegno della concezione del Leotta che svincola la pancreatite cronica dall'ulcera e dalla colecistite per riportarla alla S. A. D. originaria in tutti questi casi, e che costituisce, secondo me, un grande progresso per le nostre conoscenze sulla patogenesi delle pancreatiti croniche. Anzitutto è da notare come le osservazioni di Leotta sono basate su reperti clinici controllati operativamente e quindi aventi valore di reperti anatomo-patologici di indiscutibile autenticità (si consideri, in confronto, l'assenza quasi completa di documentazioni anatomo-patologiche e radiologiche delle tante statistiche pubblicate precedentemente, servite di base per lo studio patogenetico delle pancreatiti); mentre al contrario tutti gli autori che hanno rilevato l'ulcera o la colecistite, assieme alla pancreatite, non si sono mai assicurati — per escluderle — se coesistessero altre lesioni addominali, e certo senza rilevare le alterazioni della S. A. D., sempre coesistenti e preesistenti in tutti i casi di ulcera e di colecistite. Questi autori, in base alla classica concezione che riteneva l'ulcera e la colecistite affezioni isolate a sè stanti, hanno messa la pancreatite in conto della affezione gastrica o biliare, mentre in realtà anche nei loro casi la pancreatite non dipende nè direttamente nè indirettamente dall'ulcera o dalla colecistite, ma invece dipende da quelle stesse lesioni della S. A. D. — sfuggite all'osservazione — che hanno prodotto l'ulcera o la colecistite come hanno prodotto la pancreatite.

E così noi ci spieghiamo tanti fatti, apparen-

---

(1) *Sindromi associale dell'addome destro.* Relazione al 38° Congresso di Chirurgia, Bari, ottobre 1931.

(2) LEOTTA. *La sindrome addominale destra.* Policlinico, Sez. Pratica, 1933. — *L'ulcera gastrica e duodenale nel quadro della S. A. D.* Boll. e Mem. Soc. Piem. Chir., vol. VIII, fasc. 9, maggio 1933.

(3) ROSSI C. *Le alterazioni funzionali del pancreas nelle sindromi associate dell'addome destro.* Policl., Sez. Chir., 1933.

(4) *Il ricambio dei carboidrati nelle sindromi associate dell'addome destro.* Arch. e Atti Soc. Ital. Chir., 1932.

temente contraddittori, che saltano subito all'occhio appena si considera, secondo le vedute vecchie, la pancreatite come dipendente direttamente dall'ulcera o dalla colecistite. Riportiamoci infatti alle statistiche riferite da Brocq e Miginiac; in esse la frequenza delle pancreatiti nella litiasi biliare varia, secondo i vari autori, dal 2,4 % al 53 %. Lo stesso è a dire per l'ulcera gastro-duodenale: mentre una numerosa serie di autori porta cifre del 45-65 % di pancreatiti in casi di ulcere gastro-duodenali, Schmieden e Sebening, su 408 casi di pancreatite, trovarono l'ulcera duodenale come fattore etiologico due sole volte. Come spiegare queste differenze? Ma appunto perchè il pancreas può essere colpito oppur no da quel lento progresso di peritonite cronica, a partenza appendicolare, che rappresenta il substrato anatomo-patologico della S. A. D., indipendentemente dalla colecistite o dall'ulcera, le quali anche esse sono iscritte nel grande quadro della S. A. D.

La concezione del Leotta, per quanto dimostrata con documentazioni anatomo-patologiche inconfutabili e da nessuno confutate, si allontanano troppo da tutto il dottrinale accumulato finora sulle pancreatiti perchè potessero essere accolte subito ed incondizionatamente; ma anche questa, che è una parte della originale concezione del Leotta sulla patologia dell'addome destro, comincia ad avere le sue conferme e conferme dimostrative, in quanto basate non su opinioni, ma su osservazioni anatomo-patologiche. Tra queste è recentissima la conferma di Cannavò (5), che riporta numerosi casi di diabete pancreatico, dai gradi più lievi ai più gravi, messi in rapporto con affezioni croniche varie dell'addome. Egli oltre a casi di diabete accompagnati da ulcera e da colecistite nei quali segue la vecchia teoria che riferisce la pancreatite diabetogena all'ulcera o alla colecistite, porta anche osservazioni di diabete pancreatico in casi di S. A. D. semplici: in casi, cioè, nei quali non esiste nè ulcera nè colecistite. Anche per questi casi egli adopera il termine di splacnopatie croniche addominali, che invero non saprei giudicare molto felice per lesioni dell'addome destro ora indicate come sindromi complesse-duodeno-colecisto-pancreatiche ora come appendiciti croniche, e certo sarebbe stato più semplice, ed anche più preciso, se avesse adoperato il termine, ormai di uso comune, di sindrome addominale destra, cui egli ha preferito quello di splacnopatia cronica addominale anche nel caso di S. A. D., con biopsia pancreatica, operato da Leotta (osservaz. 23ª). Nonostante il termine diverso, prescelto dall'A., però si tratta di casi che rientrano tutti nel quadro clinico ed anatomico della più tipica sindrome addominale destra; ed è comunque notevole l'importanza di queste osservazioni del Cannavò, sopratutto di quella con diabete sostenuto da una lesione pancreatica dimostrata anatomicamente, con biopsia del pancreas, e nella quale oltre alla pancreatite furono riscontrate tutte le altre lesioni della S. A. D., per la preziosa conferma dei rapporti che intercorrono fra S. A. D. e pancreatite. Conferma piena a quanto Leotta ha sostenuto per la patogenesi di queste pancreatiti; poichè anche il Cannavò riconosce la possibilità che un processo cronico appendicolare, diffondendosi per via linfatica, possa aggredire altri organi ed infine il pancreas (appendicite, periappendicite, pericolite, periduodenite, pancreatite).

(5) *Splacnopatie addominali croniche e diabete mellito.* Clinica Medica Ital., anno LXIV, 1933.

Le vie che l'infezione può seguire per raggiungere il pancreas sono state ben precisate da Leotta e rientrano fra le vie che l'infezione a punto di partenza appendicolare può seguire per arrivare ai vari organi addominali colpiti nella S. A. D. e cioè: 1) la via linfatica; 2) la via sanguigna; 3) la continuità; 4) la via epiploica. Tra queste quattro vie non c'è dubbio che la più naturale, e quella che meglio si addice per spiegare un'infezione cronica che dall'appendice risalga verso il pancreas, è la via linfatica, data la ricchezza di vie linfatiche esistenti, bene studiate da vari autori (Braitwaite, Irger e Dragun, Ottaviani, Rindone), e che collegano i linfatici provenienti dall'angolo ileo-colico, attraverso i linfatici che decorrono con i vasi mesenterici superiori, con le ghiandole pancreatiche inferiori.

Così anche dal punto di vista anatomico sono accertate le vie seguite dall'infezione nella sindrome addominale destra per arrivare al pancreas.

RIASSUNTO.

L'A., in base ad osservazioni cliniche ed a ricerche sperimentali, sostiene che una buona parte delle pancreatiti croniche riconoscano come fattore causale quello stesso che costituisce la base etiologica della sindrome addominale destra (appendicite in atto o pregressa) e che anche là dove la pancreatite si associa all'ulcera o alla colecistite, non rappresenti una successione morbosa di queste ultime, ma, come esse, una particolare localizzazione della sindrome addominale destra.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto Radiologico della R. Università di Roma.

Direttore: Prof. A. BUSI.

Tumori della prostata e della vescica e loro trattamento chirurgico e roentgenterapico.

Dott. GASTONE IMPIOMBATO, assistente.

Il *cancro circoscritto della prostata* insorge con gli stessi sintomi dell'adenoma prostatico (ipertrofia senile della prostata); pollachiuria, disuria notturna e spesso, più tardi, ematuria, sono infatti i sintomi che tutte e due le malattie possono presentare.

L'esplorazione rettale non sempre derime il dubbio, infatti tanto nel cancro quanto nell'adenoma prostatico del tipo fibro-adenomatoso, il dito che esplora può avere la percezione tattile di noduli duri.

Nè sono infrequenti i casi nei quali neppure la cistoscopia riesce decisiva nella soluzione del problema diagnostico. La prostata affetta da cancro iniziale non dà che una piccola sporgenza in vescica e lo stesso comportamento, lo stesso quadro, si nota nei cosidetti «prostatici senza prostata ».

Anche il *cancro diffuso* può essere scambiato con una prostatite cronica secondaria a prostatite parenchimatosa o con una tubercolosi prostatica (forma fibrosa). Sono sintomi comuni a queste affezioni: l'indurimento esteso a tutta la ghiandola e la fusione con le linfoghiandole e i tessuti vicini.

Per i *tumori della vescica* Marion ha così elencate le forme atipiche:

1) forma cistalgica simulante la cistite;

2) forma renale caratterizzata da crisi di ritenzione renale, spesso settica, dovuta a occlusione di un orificio ureterico per opera di un tumore nato vicino a questo. La sintomatologia può far pensare erroneamente ad una pionefrosi intermittente, con idronefrosi, a una tubercolosi renale, ad una nefrite ematurica;

3) forma disurica;

4) forma latente: si tratta di tumori che non provocano alcun disturbo e la diagnosi si fa all'esame istologico di un frammento espulso con l'urina.

La sintomatologia poco chiara e la gravità della diagnosi fanno rimandare, a serio discapito della prognosi, gli interventi necessari a prolungare la vita o atti a mitigare le sofferenze del malato. Il chirurgo interviene spesso nelle condizioni più sfavorevoli: trova vaste infiltrazioni nei tessuti e nelle linfoghiandole, e diffusioni neoplastiche agli organi vicini; non gli sarà quindi possibile la totale asportazione della massa neoplastica o sarà costretto a lasciare linfoghiandole già invase. Cellule tumorali giunte in organi vicini o lontani, non tarderanno a dar segno della loro presenza e dopo un tempo più o meno lungo, il male non debellato, darà nuovi e gravi sintomi della sua permanenza.

Diagnosi tardiva dunque, e intervento solo palliativo: ecco la storia più frequente dei tumori maligni della prostata e della vescica. Tuttavia questi due fatti che farebbero prospettare una prognosi infausta, non devono disarmare completamente l'opera del medico. I raggi X hanno ormai fornito molteplici e valide prove della loro incontestabile efficacia.

Abbiamo trattato numerosi casi di neoplasmi prostatici e vescicali nelle più svariate condizioni cliniche dei pazienti e nei più diversi stadi di evoluzione e di diffusione. La nostra pratica ci permette di trarre alcune conclusioni che non ci sembrano prive di interesse.

Non è consigliabile dare inizio al primo ciclo delle irradiazioni dei tumori maligni della vescica e della prostata senza far precedere alcun intervento chirurgico che prepari il campo, e renda possibile la totale azione dei raggi X, evitandone gli eventuali danni.

Solo in pazienti assolutamente inoperabili ci si può decidere al trattamento Roentgenterapico senza aver adottato in precedenza alcuna misura preventiva.

In questi casi disperati, i risultati non sono lusinghieri e solo di rado abbiamo ottenuto un graduale ma transitorio miglioramento dello stato generale e l'attenuazione del dolore locale. Quasi costantemente invece le irradiazioni sono state mal tollerate poichè già dopo la 2ª e la 3ª applicazione, qualche volta più tardi, i malati cominciavano ad emettere per via uretrale frustoli di tessuto neoplastico disfatto e coaguli ematici.

È facile intuire quale ostacolo al deflusso dell'urina apporta la presenza in vescica di questi frammenti che spesso si arrestano al livello dei restringimenti anatomici o patologici dell'uretra.

Nell'occlusione uretrale completa, il malato avverte una improvvisa dolorosa sensazione di strappamento al perineo. Successivamente intervengono dolori spasmodici dovuti alla sovradistensione della vescica malata.

Nelle occlusioni incomplete, l'urina ristagna

in vescica insieme a residui di tumore disfatto. I germi patogeni trovano in queste condizioni un terreno favorevole al loro sviluppo, si moltiplicano rapidamente e si determinano così gravissime cistiti.

L'infezione raggiunge successivamente gli ureteri e i reni, e si stabiliscono successivamente pielonefriti ascendenti.

Allo stato stenotico segue quindi quello urinoso; insorgono accessi di febbre urinosa; il malato si copre di sudore freddo, la lingua diventa arida, i vomiti si fanno frequenti, sopraggiungono i delirii.

Queste crisi possono ripetersi facendo peggiorare sempre più le condizioni già precarie del paziente. Esse sono la diretta conseguenza della rimozione e del tentativo inane della eliminazione dei frammenti del tumore per via uretrale.

Abbiamo quindi pensato, seguendo i criteri del prof. Busi, di evitare questo grave inconveniente e di far precedere alle prime irradiazioni un intervento chirurgico capace di derivare all'esterno gli elementi del tumore disgregati dai raggi X. Tutte le volte che le condizioni del malato lo permettevano esso veniva praticato.

Il chirurgo asportava il tumore nella sua totalità o, se questa evenienza non era possibile per vaste infiltrazioni, procedeva all'ablazione della maggior parte di esso. La ferita operatoria però non veniva richiusa, ma lasciata aperta e ampiamente drenata.

Dopo che il malato si è rimesso dal trauma operatorio, viene iniziata la roentgenterapia.

In queste condizioni anche la somministrazione di alte dosi di raggi X è sopportata con perfetta tolleranza. Nei primi giorni di irradiazione, una grande quantità di prodotti di disfacimento del tumore viene espulsa per la breccia creata dal chirurgo. Per questa facile via si assiste alla fuoriuscita di grossi frammenti neoplastici che altrimenti sarebbero rimasti ritenuti, provocando gravi fenomeni tossici da riassorbimento, o si sarebbero impegnati nel canale uretrale producendone l'occlusione.

Evitati così tutti i danni riferibili ai riassorbimenti di sostanze tossiche e alle occlusioni dell'uretra si può con tranquillità eseguire e completare senza sosta ed efficacemente il primo ciclo di irradiazioni. I successivi cicli sono di solito meglio tollerati dagli ammalati e possono essere quindi eseguiti senza alcuna particolarità di preparazione.

Tollerato bene il primo ciclo di irradiazioni e lasciato cicatrizzare dopo di esso la ferita operatoria, i pazienti si sono ripresentati in ottime condizioni generali e locali per essere sottoposti a distanza di tempo, ad ulteriori applicazioni di roentgenterapia.

Anche nei casi meno favorevoli, la malattia subisce un arresto nel suo decorso e la sosta può essere di molti mesi. Alcuni malati poi, si sono rimessi al punto da poter riprendere la propria attività e da poter essere considerati clinicamente guariti.

Accenniamo ora alla tecnica da noi usata: Pratichiamo quattro campi, due anteriori soprapubici e due posteriori sacrali. Adottiamo radiazioni penetranti (terapia profonda), il filtraggio al Zn e All., distanza focale 40 cm. e non sorpassiamo ad ogni applicazione il quarto della D. E.

È preferibile somministrare piccole dosi quotidiane in più giorni. È noto infatti che di fronte ai raggi X la cariocinesi è un momento di minore resistenza delle cellule (Regaud e Blanc). Il frazionamento delle dosi nel tempo permetterà appunto di raggiungere e colpire il maggior numero di cellule nel momento di più grande sensibilità, cioè nel periodo cariocinetico. La dose frazionata in oltre è meglio tollerata sia dal malato che dalla pelle, ed offre il grande vantaggio di poter interrompere il trattamento per ogni eventualità.

A questi concetti di tecnica ci siamo fedelmente attenuti nelle nostre applicazioni di raggi X. Per brevità non elencheremo i casi la cui gravità non ha permesso alcun drenaggio. Essi, quasi mai ci hanno permesso di portare a compimento la radioterapia e, come già prevedevamo, per le sue esposte ragioni, dopo un transitorio miglioramento, hanno ripreso il loro fatale decorso. Citeremo invece alcuni casi nei quali ci è stato possibile attuare il nostro piano di lavoro.

Z. E., a. 61.

Il p. ha subito nel febbraio 1929 un intervento chirurgico per cancro della prostata (prof. Puccinelli).

Si presenta a noi il 10-XI-1929 denutrito e pallido.

È immobilizzato in letto dal settembre u. s. con gli arti inferiori fortemente edematosi ed in preda a vivi dolori spontanei.

Il tumore, recidivato con vaste infiltrazioni nel piccolo bacino, ha inglobato i vasi iliaci determinando gravi fenomeni di stasi circolatoria. La vecchia ferita operatoria è ampiamente fistolizzata e attraverso ad essa escono fungosità neoplastiche ed il malato perde incessantemente urina. La minzione è impossibile dall'uretra.

Le condizioni sono così disperate da far ritenere inutile qualunque terapia. Tuttavia le reiterate

insistenze da parte del malato e dei parenti di esso, ci portano alla decisione di tentare delle applicazioni di raggi X. Seguendo la tecnica sopra esposta, si somministra un ciclo di irradiazioni su quattro diversi campi, due anteriori e due posteriori (12-XII-1929).

Durante e dopo le applicazioni, dalla fistola sono stati espulsi abbondanti detriti e frammenti di materiale neoplastico disfatto. A distanza di un mese dal primo ciclo le condizioni generali sono molto migliorate, gli arti si sono gradualmente ridotti di volume, il malato ricomincia a camminare, la fistola si è richiusa e l'urina è eliminata per via naturale.

Il 16-1-1931 si dà inizio ad un secondo ciclo di irradiazioni. Dopo di esso il malato migliora rapidamente a tal punto da potere contro ogni più rosea nostra speranza riprendere il suo faticoso lavoro notturno di linotipista nel reparto stampa di un giornale, al quale ufficio era addetto prima di ammalarsi.

Il p. ha vissuto in completo benessere fino al giugno 1931 epoca nella quale si è ripresentata la difficoltà di urinare.

È stato ancora effettuato un terzo ciclo dal quale il malato ha ancora ritratto notevole vantaggio.

C. F., a. 71.

Operato il 14-12-1929 di esteso epitelioma della cupola vescicale. Il chirurgo, prof. Ciancarelli, asporta due terzi di questo organo, senza riuscire tuttavia ad estirpare il tumore, e ne ricompone l'integrità della parete. Si lascia drenare la ferita operatoria e si procede alla radioterapia.

La prima irradiazione è applicata il 20-1-1930.

Il p. tollera senza disturbi il primo ciclo. Dopo pochi giorni la ferita rimargina perfettamente. Il p. si rimette: le sue condizioni generali diventano floride.

Dopo due mesi, secondo ciclo di irradiazioni.

Il p. si sente guarito e riprende la sua attività di ufficio.

Nel luglio 1931 il benessere permane immutato, ma si presentano lievi ematurie.

Si effettua un terzo ciclo. L'ematuria cessa alle prime applicazioni. Il malato oggi sta ancora benissimo.

V. G., a. 65.

Nel settembre 1927 il p. ha notato bisogno continuo di urinare durante la notte e minzione difficile. Questi disturbi si sono sempre più accentuati. Dal 1° gennaio 1928 dolori spontanei, spesso a crisi subentranti, alle regioni lombari con irradiazioni al sacro e agli arti inferiori. Successivamente ematurie, non abbondanti.

L'esplorazione rettale mise in evidenza prostata ingrossata, dura, a superficie liscia. L'esame cistoscopico fece notare prostata sporgente in vescica.

Il sospetto fondato di un cancro prostatico, decise un intervento chirurgico. Questo venne eseguito nel febbraio 1928 dal prof. Ciancarelli il quale riuscì solo ad asportare una parte di tumore delle dimensioni di una grossa noce. L'esame istologico confermò la diagnosi clinica di epitelioma prostatico. Dopo l'operazione il p. non si rimise; malgrado il buon drenaggio vescicale da una fistola soprapubica, la minzione per le vie naturali si fece assolutamente impossibile.

In seguito a consulto col prof. Busi, viene consigliata al p. la roentgenterapia e il 15-7-1928 fu dato inizio al primo ciclo di irradiazioni.

Queste furono ben sopportate per il buon funzionamento del drenaggio attraverso la fistola. I dolori divenuti acutissimi negli ultimi mesi cedettero fino al punto di non più ripresentarsi e questo primo benefico risultato fece nascere al malato speranze ormai abbandonate.

Si iniziò un altro ciclo di irradiazioni, il secondo, il 16-10-1928.

Dopo due mesi dall'ultima irradiazione le condizioni generali del paziente erano ottime ed esso riprese ad urinare per l'uretra e la fistola soprapubica si richiuse.

Questo stato di cose durò circa 5 mesi quando l'insorgenza di nuovi dolori agli arti inferiori ci consigliò di somministrare un'altra serie di irradiazioni. Dal 1927 ad oggi le condizioni del paziente sono state soddisfacentissime. Saltuariamente a lunghi intervalli si sono presentati i dolori subito vinti da un ciclo di radioterapia. Solo nel gennaio di quest'anno si sono presentati sintomi mediastinici allarmanti e l'esame radiologico mostrò presenza di lesioni metastatiche estese

I tre casi descritti ci sembra che illustrino chiaramente i vantaggi del nostro indirizzo terapeutico.

Siamo certi che non avremmo potuto sperare dei risultati così lusinghieri se avessimo applicata la roentgenterapia senza alcun drenaggio del tumore. Essi inoltre infondono novella fiducia nel trattamento Roentgen di una malattia in cui fino ad ora poco o nulla si era ottenuto, il che aveva portato ad uno scetticismo esagerato.

Noi quindi invitiamo i colleghi a voler ricorrere, con animo ben disposto, quando ve ne siano le indicazioni, a questa collaborazione chirurgico-radiologica che ci sembra feconda di buoni risultati.

I casi illustrati appartengono alla clientela privata del Prof. Nuvoli, il quale gentilmente me ne ha permessa la pubblicazione.

RIASSUNTO.

L'A. consiglia di eseguire la roentgenterapia dei neoplasmi della prostata e della vescica, dopo il tentativo chirurgico di asportazione — anche parziale — del tumore stesso.

Seguendo i dettami del prof. Busi, irradia il tumore a ferita operatoria ampiamente drenata. Questo accorgimento che consente la facile eliminazione all'esterno dei prodotti tossici dovuti al disfacimento cellulare compiuto dai raggi X, permette di effettuare una energica ed efficace cura senza danno del paziente.

NOTE E CONTRIBUTI

Istituto Medico Pedagogico in Bologna
Direttore: Dott. Giovanni De Nigris.

Sulle nuove concezioni della patogenesi della parotite.

Dott. Guido Milani, aiuto.

Da tempo è nota l'associazione della meningo-encefalite alla parotite. Il Taillens, in una sua pubblicazione del 1928, considera il proprio caso esposto come il 38° della letteratura; a questi bisogna aggiungere tutti quelli pubblicati fino ad oggi e tutte le forme fruste di reazione meningea. Senonchè, fino a non molto tempo addietro, la meningite e la meningo-encefalite erano considerate come complicanze della parotite e quest ultima rimaneva sempre al primo piano nella patogenesi. La meningite cioè appariva come un puro accidente di diffusione del virus alle meningi, come si può osservare in diverse malattie infettive, sia da microrganismi, sia da virus; diffusione che veniva considerata di diversa entità, dalle più tenui reazioni alle vere meningiti e meningo-encefaliti, con tutto il quadro proprio di queste malattie, tanto da generare sovente equivoco con la meningite cerebro-spinale epidemica e colle altre meningo-encefaliti infettive.

Recentemente alcuni autori, e fra tutti principalmente il Philibert, prospettano una nuova patogenesi della parotite, sostenendo che la prima localizzazione del virus, non è nella ghiandola parotide, ma sempre prima, in modo più o meno evidente, nelle meningi, o meglio nevrasse e meningi.

Il Philibert dice: « cette conception s'appu« re sur une série de fait dont la réunion laisse « aujourd'hui, à notre avis, peu de place au « doute » (*Le Progrès Médical*, 23 janvier 1932). I fatti, oltre la esposizione dei casi che di volta in volta l'A. descrive, per convalidare queste nuove vedute, sarebbero i seguenti: anzitutto, il Philibert si appoggia agli studi sul liquido cefalo-rachidiano della parotite in genere, eseguiti da Chauffard e Boidin nel 1904, secondo i quali, durante il decorso della parotite, vi sarebbe sempre nel liquido cefalo-rachidiano, una reazione linfocitaria. Inoltre essi hanno notato, con grande frequenza, nel decorso della parotite semplice (quand'anche non vi siano segni manifesti di reazione meningea), la presenza di cefalea e bradicardia. Ma gli argomenti principali sono stati dati dai casi descritti di meningite e meningo-encefalite che precedono la infiammazione parotidea, con reazione linfocitaria del liquor ed ancora dai casi di meningite pura senza consecutiva parotite, in cui il legame epidemiologico, sopratutto se famigliare, rendeva evidente (secondo gli AA.) trattarsi di meningite da virus parotideo, casi raggruppati sotto la denominazione di meningite parotidea primitiva autonoma.

Il Weissenbach in una monografia sulle forme meningo-encefaliche parotidee, fa questa distinzione:

1) meningo-encefalite da orecchioni primitiva, seguita da caratteristici orecchioni; forma che si suddivide in: *a*) forma meningea pura, nella quale i sintomi di lesione parenchimatosa sono lievi e spesso confusi nel quadro delle reazioni meningee; *b*) forma di meningo-encefalite con segni di lesione parenchimatosa importante o predominante; *c*) forma comatosa;

2) la meningo-encefalite primitiva senza orecchioni consecutivi od autonoma.

Per quanto riguarda i dati del liquor (ed è quello che più interessa il presente studio), un esame attento della bibliografia ha rilevato, come dato di sola importanza, l'aumento degli elementi, rappresentato da una linfocitosi di varia entità, e qualche volta da un leggerissimo aumento dell'albumina che, in casi rari, può raggiungere l'1 ‰; negative sono tutte le altre comuni ricerche sul liquor. Il Weissenbach ha creduto bene di definire il reperto del liquor, come una dissociazione albumino-citologica per ipercitosi. Questa reazione linfocitaria sarebbe sempre precoce ed avrebbe di caratteristico una evoluzione assai rapida della ipercitosi verso un numero presto normale di elementi per mmc.

Riassumendo, secondo le recenti vedute, la infezione parotidea epidemica, dovuta ad un virus neurotropo (che, come vedremo, è stato paragonato a quello della rabbia), entrato nell'organismo, raggiunge subito i centri nervosi e provoca sulle meningi e nevrasse reazioni più o meno violente. Le manifestazioni sono in generale superficiali e transitorie, eccezionalmente il virus può provocare distruzioni cellulari, così da avere postumi definitivi. Dai centri nervosi e meningei, il virus scende e si può localizzare nelle ghiandole salivari, nel testicolo, pancreas, reni, ecc.

I dati probativi della nuova patogenesi sarebbero quindi:

1) Cefalea e bradicardia.

2) Reazione linfocitaria del liquor (dissociazione albumino-citologica da ipercitosi).

3) Precedenza della meningo-encefalite alla infiammazione della parotide.

4) La meningo-encefalite primitiva parotidea autonoma.

*
* *

Nell'Istituto, dove presto servizio, che è composto di una popolazione di 290 giovanetti, dagli 8 ai 18 anni, fra maschi e femmine, è sopraggiunta nell'aprile u. s. una epidemia di parotite. Mi è giunto in osservazione l'articolo del Philibert, quando già l'epidemia era in corso, perciò i primi 15 casi sono sfuggiti all'osservazione presente. In ogni modo, persistendo l'epidemia per circa 2 mesi, con due o tre colpiti al giorno ad intervalli, mi sono proposto di studiare il comportamento del liquor, dato il grande numero di ammalati e data la facilità di ambiente, onde potere eseguire ad ognuno la puntura lombare; indagine non sempre possibile nella pratica privata, e d'altronde difficile anche negli ospedali per malattie acute, per il fatto che gli ammalati di parotite vi vengono difficilmente ricoverati, a meno che abbiano complicanze gravi.

Cosicchè il numero degli ammalati osservati (e conseguentemente il numero dei liquor esaminati) è stato di 25.

Gli ammalati presentatisi alla nostra osservazione, hanno sempre avuto febbre fra i 38° e i 39°. La durata massima della malattia è stata di 10 giorni; la media di 6-7 giorni; parotite quasi sempre bilaterale; mai altre localizzazioni, oltre quelle della ghiandola salivare. La puntura lombare è sempre stata fatta all'insorgenza dei primi segni di localizzazione parotidea, poichè gli AA. insistono nell'affermare che la reazione meningea li precede ed è assai fugace. Qualche volta la ricerca è stata fatta, quando i soggetti presentavano febbre, malessere e dolorabilità alla pressione delle zone parotidee senza ancora tumefazione di esse; in questi casi la ricerca è stata ripetuta alcuni giorni dopo, quando la tumefazione è divenuta appariscente. Nessuno di questi ammalati ha presentato sintomi meningei apprezzabili o di altro genere a carico del sistema nervoso centrale; qualcuno (rari), si è lamentato, nell'inizio, di cefalea, non però intensa (dichiarata in seguito ad interrogazione). È stato sempre rilevato il numero di pulsazioni per valutare la bradicardia; nel liquor si sono ricercati gli elementi (Nageotte), le globuline (Nonne, Pandy, Weichbrot), la Boveri, e la ricerca dell'albumina con il metodo Brandberg.

L'esame della tabella annessa, rileva dunque, che sui 25 casi studiati, in tre (n. 3, 13, 22) abbiamo avuto tendenza alla bradicardia (trattandosi di bambini, la bradicardia è rappresentata da un numero di pulsazioni al di sotto di 80 al m'). Di questi soltanto uno (n. 13) ha avuto corrispondenti alterazioni del liquor. Misurate di nuovo le pulsazioni a distanza di tempo dalla malattia, abbiamo trovato il ritorno ad un numero di pulsazioni normali in due di essi, e quindi la bradicardia riscontrata in questi, è da ritenersi effettivamente in rapporto alla parotite; in uno invece (n. 3), le pulsazioni, pur aumentando di circa 20 rispetto al numero precedente, rimangono inferiori rispetto alla età del paziente, e perciò, con tutta verosimiglianza, la bradicardia di questo (tenuto conto anche dell'« 'habitus » dell'a.) è da considerarsi come una bradicardia costituzionale, indipendente dalla malattia in corso.

Per quanto riguarda il liquor, vediamo che in 5 casi (n. 6, 9, 13, 15, 17) abbiamo avuto qualche alterazione. In uno (n. 6) si nota soltanto una leggera ipercitosi con negatività di tutte le altre ricerche; in uno solo (n. 13), alla ipercitosi corrisponde una quasi totale positività nelle altre rierche, negli altri tre vi sono segni più o meno evidenti di reazione meningea, senza ipercitosi.

Senonchè, ripresi in esame questi casi, a guarigione da tempo avvenuta della parotite, si è visto che due di essi (n. 13-15) sono da scartare, rispetto alla reazione meningea in rapporto alla parotite, perchè questa reazione ha persistito, quasi cogli stessi caratteri precedenti (successivi esami: n. 13: elementi: 2,40 per mmc.; Nonne: legg: positiva; Pandi: negativa; Boveri: positiva al 2°-3° m'; Weichbrot: negativa; Albumina: 0,05 %. N. 15: elementi: 2 per mmc.; Nonne: legg. positiva; Pandy: negativa; Boveri: positiva al 3° m'; Albumina: 0,05 per cento). Nè ciò ci ha arrecato meraviglia, tenuto conto che si trattava di due epilettici piuttosto gravi, in cui non è escluso possa essere in gioco l'eredo-lue, sebbene la R. W. nel liquor sia risultata negativa, risultato abbastanza frequente nell'eredo-lue.

Il n. 17 (Ponti Avio), per quanto non abbiamo potuto riesaminare il liquor successivamente, essendo stato dimesso a nostra insaputa, è da aggregare con tutta probabilità ai due precedenti, trattandosi di soggetto affetto da una forma epilettoide e la di cui madre aveva avuto, in precedenza alla nascita di questo figlio, due aborti.

Rimangono così sicuramente positivi, per quanto ci riguarda, due soli casi, l'uno (n. 8) per una leggera ipercitosi, scomparsa nell'esame successivo; l'altro (n. 9) per una netta ipercitosi (12 elementi), accompagnata da positività della Nonne, Weichbrot, ed aumento dell'albumina; fatti scomparsi nel successivo esame del liquor. (Successivo esame: elementi: 2,80 per mmc. Nonne, Pandy, Weichbrot, Boveri: negative; albumina: 0,033 %.

Il Philibert, come abbiamo più sopra detto, afferma che la parotite è sempre stata fino ad oggi considerata come primitiva localizzazione del virus, appunto perchè non era stato bene valutato il valore dell'esame del liquor, che rileva sempre l'ipercitosi, e delle forme meningoencefaliche prese in esame; come si è detto, egli si appella alla pubblicazione di Chauffard e Boidin.

Dall'esame della nostra casistica, non possiamo accettare come probativa, la prima premessa degli AA., che cioè nella parotite in genere vi sia *sempre* una reazione meningea anche fugace, specie, come essi dicono, per quanto riguarda la ipercitosi. Nella letteratura, soltanto la pubblicazione di Chauffard e Boidin verte sullo studio del liquido cefalorachidiano nella parotite normale; in tutte le altre pubblicazioni, il liquor è studiato in parotitici con sindromi meningee o meningoencefaliche. Quindi la nostra ricerca sarebbe la seconda nella letteratura, per quanto riguarda la parotite semplice senza complicazioni meningo-encefaliche ed

	Polso	Elementi	Nonne	Pandy	Weichbrot	Boveri	Albumina
1. Anselmi Elios	80	1,20	—	—	—	pos. 8m'	0,033 %
2. Cornellini Maria	110	6,80	—	negat.	—	pos. 6m'	0,033 %
3. Sormani Vinicio	64	1,60	—	—	—	6m'	id.
4. Marinelli Mario	110	1,40	—	—	—	9m'	id.
5. Serafini Renzo	98	6,40	—	—	—	10m'	id.
6. De Luigi	100	8,80	—	—	—	8m'	id.
7. Gallo Silvano	114	1,40	—	—	—	10m'	id.
8. Orlandi Guglielmo	90	1,60	negat.	—	—	6m'	id.
9. Genovesi Elio	120	12	posit.	—	posit.	8m'	0,10 %
10. Sodini Luigi	88	3	—	—	—	8m'	0,033 %
11. Ercolini Carlo	110	4	—	—	—	6m'	id.
12. Garbocci Carlo	90	6	—	—	—	6m'	id.
13. Mazzini Giulio	60	2,20	posit.	—	leg. pos	3m'	0,05 %
14. Puccetti Angela	110	1	—	—	—	10m'	0,033 %
15. Llorente Gregorio	90	1,20	—	—	leg. pos	4m'	0,0[illegible] %
16. Guadagnini Maria	80	3,40	—	—	—	6m'	0,033 %
17. Ponti Avio	80	1,40	leg. pos.	—	int. pos.	2m'	0,05 %
18. Palmerini Maria	110	2	—	—	—	10m'	0,033 %
19. Mucci Armanda	130	6,80	—	—	—	7m'	id.
20. Rossi Annunziata	96	1,60	—	—	—	10m'	id.
21. Giuntoli Antonio	130	0,60	—	—	—	10m'	id.
22. Panati Siria	70	0,60	—	—	—	8m'	id.
23. Bruni Rolanda	80	4	—	—	—	9m'	id.
24. Giuntoli Nola	112	5	—	—	—	6m'	id.
25. Tomarelli Giulio	94	6	—	—	—	6m'	id.

il risultato, come abbiamo veduto, è discordante da quello di Chauffard e Boidin.

In ogni modo, a noi sembra che il valore della ipercitosi, pur ammettendola, non debba essere considerato così assoluto da trarne evidenti conclusioni a favore della localizzazione primitiva meningea del virus da orecchioni. Poichè vediamo che reazioni meningee con ipercitosi fugaci esistono in diverse malattie infettive (Aroz-Alfani, Vissani, ecc.). Aroz-Alfano cita il tifo, la polmonite, la bronco-polmonite, la setticemia, la scarlattina, l'otite, la malaria, nelle quali malattie « le modificazioni del liquor sono minime: talvolta lieve aumento di albumina e degli elementi cellulari ». Il Genoese, in uno studio sul liquido cefalorachidiano nella malaria dei bambini, nota nella massima parte dei casi (8/10), irritazione meningea, rappresentata da leggero aumento di albumina e di linfociti, più o meno intensa. Così l'Henyer nel tifo esantematico, l'Artom nel paratifo b: eccesso di albumina e linfociti *nello stato iniziale della malattia.* Il Mauriac, riferendosi alla linfocitosi negli orecchioni, riferisce che « le meningiti linfocitarie sono assai più numerose e di natura più varia di quello che si supponeva ».

Tutto ciò ho riferito, per dimostrare che la ipercitosi negli orecchioni, resta assai svalutata per la ipotesi di una localizzazione neurotropa del virus, dato che tale localizzazione esiste in molte e svariate malattie infettive ed anche nel loro stato iniziale, senza che gli AA. abbiano pertanto pensato, in queste, di creare una ipotesi di localizzazione primitiva del microrganismo o virus in causa.

Passiamo a considerare il secondo punto di appoggio alla nuova patogenesi: la precedenza della meningo-encefalite alla infiammazione (ingrossamento) della parotide. Questo sarebbe indubbiamente un dato di notevole importanza, se parallelamente fosse stato dimostrato che sempre precede, nella parotite una irritazione meningea. Ma anche qui troviamo nella letteratura diversi casi descritti di meningo encefaliti (sopratutto meningite) che precedono i sintomi di malattie infettive svariate. Il Pontano (1916) descrive una meningite cerebro-spinale primitiva da diplococco di Fränkel; l'Artom (1923) una meningo-encefalite nello stato iniziale del paratifo b. Sono note (De Toni) le reazioni meningee riscontrate nell'inizio della varicella; anche qui trattasi di un virus ed anche qui la reazione è caratterizzata da ipercitosi linfocitaria e da lieve aumento di albumina. Pure reazione meningea è stata trovata nella melitense (Desage, Pellerin, Vinerta, Lemaire) ed il Volterra (1933), descrive un caso di meningite primitiva acuta brucellare a sedimento linfocitario, unico nella letteratura. Questi sono dati raccolti in una rapida rassegna bibliografica; con tutta probabilità, una più accurata ricerca, darebbe una messe ancor più abbondante di elementi. Pur tuttavia nessuno di questi AA. ha spinto la propria immaginazione fino a creare in queste malattie, in cui il microrganismo x ed il virus y è causa di reazione meningea primitiva, una nuova patogenesi neurotropa; come hanno invece fatto gli AA. sopracitati, per quanto riguarda la parotite.

La terza argomentazione è rappresentata dai casi di meningo-encefalite primitiva parotidea autonoma, descritti da Weissenbach e Basch. Si tratta cioè di casi, in cui è insorta una meningite od una meningo-encefalite senza alcun segno di infiammazione della parotide o di altre ghiandole (testicolo), ed in cui l'asserto della natura (virus parotideo) è dato, dall'A., dal fatto che questi casi precedono una epidemia famigliare di orecchioni, o per lo meno sono concomitanti ad un periodo epidemico di parotite. Generalmente si tratta di un componente della famiglia, che è colpito dalla sindrome ed a questi seguono gli altri congiunti coll'insorgenza della sola parotite.

A nessuno sfugge l'esiguità di questa argomentazione: il nesso fra la sindrome meningoencefalica e la parotite è così poco chiaro, che il dato diventa troppo aleatorio per poterlo trarre in campo, allo scopo di sovvertire la patogenesi di una malattia infettiva. È vero che il microrganismo della parotite non è ancora differenziato e rimane perciò l'opinione che si tratti di un virus e quindi che sia di assai difficile dimostrazione; in ogni modo sarebbe assai più probativa un'argomentazione sperimentale che potesse dimostrare l'insorgenza di parotite o segni di essa, col trapasso in animali da esperimento di liquidi organici (sangue, siero od altro) degli ammalati di queste meningoencefaliti autonome.

Nella stessa pubblicazione del Philibert (*Progrès Médical*, 1932) è riferito il solo esperimento di M.lle Wollstein (1916), che però, a nostro avviso, non ha sufficiente forza persuasiva. Nella dura madre di un gatto viene iniettato un filtrato per candela Berkefeld, di saliva di ammalato di parotite e si provoca l'insorgenza di una meningite che dura 15-18 giorni e che termina in guarigione. Il liquido cefalorachidiano di questo gatto, filtrato ed iniettato in un 2° gatto, trasmette lo stesso quadro meningeo ed il quadro si può ripetere per 8 passaggi. Ma a noi sembra evidente che questo esperimento stabilisce soltanto che il virus parotideo può provocare una meningite, se introdotto

nella dura madre, ma non dà spiegazione persuadente, nè della patogenesi neurotropa della parotite, nè dei casi di cosidetta meningo-encefalite primitiva parotidea autonoma.

Il Philibert paragona il virus parotideo al virus rabbico, in quanto esso è, come quello, un virus citotropo, che colpisce le cellule nobili ghiandolari (distruzione delle cellule secretorie delle ghiandole salivari, del testicolo, ovaia, reni, ecc.) e, come quello, secondo il suo parere, è anche un virus neurotropo, in quanto ha tendenza a fissarsi sulle cellule nervose del nevrasse.

Riguardo al primo punto (virus citotropo) non vi è discussione: vi sono chiare dimostrazioni anatomo-patologiche, che non lasciano dubbio, perchè, sia che il virus colpisca le ghiandole salivari o le ghiandole testicolari, si sono sempre trovate (Delater) lesioni delle cellule ghiandolari, senza fatti suppurativi.

Riguardo al secondo punto, in seguito a quanto abbiamo in precedenza esposto, è molto discutibile che il virus parotideo, alla stregua del virus rabbico, debba *sempre* essere considerato come neurotropo. Mentre nel virus rabbico, si può dire, non esistono eccezioni, ed il tragitto lungo i nervi, la localizzazione e le lesioni del nevrasse sono state bene stabilite e sono ormai indiscusse, non così è certamente per il virus parotideo. La qualità neurotropa di esso, non è dimostrata costante, e se si esaminano gli studi sulle lesioni del nevrasse, si nota che non vi è nulla di precisato per ora. Lo stesso Philibert è costretto a dichiarare in proposito, nel suo articolo: « les lésions encéphaliques sont peu connues, mais la réaction méningée, purament lymphocytaire témoigne d'un processus réactionnel analogue à celui que l'on trouve dans le liquide céphalo-rachidien de la génisse au cours du cow-pox cutané: il ne s'agit pas de méningite suppurée ».

Quindi, per volgere verso le conclusioni, cosa dobbiamo pensare di questo virus, che cosa della patogenesi neurotropa? A nostro parere, mentre dobbiamo ammettere che il virus può diventare in determinati casi, o meglio in determinate epidemie, di tipo neurotropo (come avviene del resto per altre malattie infettive, esempio classico: la sifilide); non possiamo per ora ammettere, per lo meno perchè è assai prematura, l'ipotesi che il virus parotideo vada sempre primitivamente a fissarsi nel tessuto nervoso. Così è pure, di conseguenza, per tutte le forme di meningo-encefalite parotidee, descritte nella letteratura. Non possiamo disconoscerne l'esistenza ed il loro raggruppamento sotto la denominazione « meningo-encefaliti parotidee primitive », ma non possiamo ammettere che esse, di per se stesse, possano convalidare l'ipotesi neurotropa del virus parotideo. Non abbiamo forse nel tifo un chiaro esempio, tanto che per molto tempo si è parlato di meningo-tifo, per i casi in cui vi era lesione meningea e spesso encefalica, e talvolta con lesioni minime dell'apparato digerente (Macchi)? E come per il tifo, così per molte altre malattie infettive, anche da virus, come abbiamo visto più sopra.

L'ipotesi quindi del Philibert: che il virus vada prima a localizzarsi nel sistema nervoso ed indi, eliminato attraverso le ghiandole salivari e testicolari, determini sempre successivamente la infiammazione di esse ci sembra dotata, per ora, di basi non molto solide.

Con ciò non vogliamo asserire che la vecchia patogenesi, cioè prima localizzazione del virus nella ghiandola salivare, sia la veritiera. La porta di entrata e la prima localizzazione potrebbero anche essere altre (non essendo sufficientemente dimostrate per la ghiandola salivare) e, forse essere anche, come porta d'entrata, la via congiuntivale, come ha pensato lo stesso Philibert. Ma nella stessa guisa che il Philibert annuncia la patogenesi neurotropa, alla stessa stregua di fatti e dimostrazioni si potrebbe ad es. ammettere un'origine ematogena, come del resto avviene per molte tra le malattie infettive. Il virus parotideo, cioè, penetrato per una via qualunque (bocca, congiuntiva, ecc.) nel sangue, potrebbe localizzarsi successivamente o nelle ghiandole salivari o nelle testicolari, ecc., e, se eventualmente in quella data epidemia, il virus ha qualità neurotrope, anche nel sistema nervoso. Di questo parere è anche il Taillens (*Journal de médicine de Paris*, 16 agosto 1928): « la comparsa della « meningite, prima degli orecchioni, comprova « che questa infezione è una setticoemia di cui « la localizzazione parotidea è la più frequente, « ma non l'unica ».

Ma poichè anche questa ipotesi non poggia su dati positivi sperimentali e clinici, lasciamo che il tempo chiarifichi la natura del virus parotideo, o ancor meglio, che la fortuna ci assista, affinchè possa essere scoperto un vero microrganismo della parotite, lo studio del quale potrà allora togliere ogni dubbio in proposito.

RIASSUNTO.

I nuovi concetti patogenetici della parotite vertono sulla localizzazione primitiva del virus sul nevrasse e meningi e non sulla ghiandola parotide, ed il virus perciò è considerato citotropo-neurotropo. I fatti riportati dagli AA., assertori di questi nuovi concetti, sono rappresentati da: 1) reazione linfocitaria del liquor;

2) precedenza della meningo- encefalite alla infiammazione della parotide; 3) la meningo-encefalite parotidea autonoma. L'A., esaminato il liquor di 25 parotitici nello stadio acuto, viene nella conclusione che la reazione linfocitaria esiste raramente e non può perciò essere base sufficiente ai nuovi concetti patogenetici.

Esamina gli altri fattori di appoggio alla nuova patogenesi e, non trovando sufficiente conforto nei dati sperimentali e clinici, conclude essere ancora prematura e di basi non molto solide la nuova ipotesi per la quale il virus parotideo avrebbe sempre una localizzazione primitiva nel sistema nervoso.

Bologna, luglio 1933.

BIBLIOGRAFIA.

A. PHILIBERT. *Nouvelle conception de la pathogénie des oreillons.* Le Progrès Médical, 23 janvier 1932, p. 145.

PAOLILLO. *Sulle meningoencefaliti parotitiche.* Gior. del Med. prat., 1932, n. 8.

BOTTALIGA. *Parotite epidemica ad inizio meningitico.* Policlinico, Sez. Pr., 1933, n. 10.

COMBY. Arch. de Méd. des enfants, 1932, n. 10.

CHAUFFARD et BOIDIN. Soc. Méd. des Hôp., 25 marzo e 6 maggio 1904.

WEISSENBACH, G. BASCH et M. BASCH. *La méningite et la méningo-encéphalite pré-ourlienne primitive.* Annales de médicine, n. 1, p. 5. 11 gennaio 1930.

ID. ID. ID. *La meningo-encefalite da orecchioni primitiva.* Paris Méd., 7 giugno 1930.

WEISSENBACH, TURQUETY, DURUP. *Meningite ourlienne primitive.* Presse Médicale, 1927, p. 745.

DELATER. *Les lésions histologiques des glandes salivares dans les oreillons.* Annales de Médicine, t. XI, p. 503, n. 6, 1922.

HENYER. *Citologia e batteriologia del l.c.r. nel tifo esantematico.* Comptes Rendus de la Soc. de Biol., n. 19, 1919; Gazzetta degli Osp. e Clin., p. 942, 1919.

MAURIAC. *Les formes curables des meningites aigues avec lymphocitose rachidienne.* Paris Médical, 1918, p. 326.

J. TAILLENS. *La meningite da orecchioni.* Journ. de Médicine de Paris, 16 agosto 1928.

H. DEHERRIPON. *Meningite da orecchioni.* Journal de Siences Médicales de Lille, n. 43, ottobre 1920.

DE LAVERGNE, L. MICHEL, KISSEL. *Meningite ourlienne primitive.* Presse Médic., 1927, p. 745.

DESAGE, PELLERIN, VINERTA. *Un cas de méningite à mélitensis après une fièvre de Malte.* Presse Médicale, 1926, p. 630.

M. G. LEMAIRE. *Meningite à melitocoques, alternations du liquide céphalo-rachidien; hyperglicorachie, hyperalbuminose, guérison.* Ibid., 1924, n. 897.

ID. *Méningite à mélitocoque.* Ibid., 1924, p. 495.

MESTREZAT. *Introduction à l'étude chimique des reactions organique: séméiologie du liquide céphalo-rachidien dans le infections sous-arachnoïdiennes.* Annales de l'Institut Pasteur, n. 8, agosto 1924.

A. PHILIBERT. *La méningite herpétique.* Le Progrès Médical, n. 4-5, dic. 1923.

TESCOLA. *Metodi clinici di esame del l.c.r.* Bollettino Scienze Med., 1921, fasc. I.

A. AROZ ALFARO. *Il l.c.r. nelle diagnosi differenziali delle meningiti.* Policlinico, Sez. Pr., 1920, p. 331.

VISSANI. *La linfocitosi nel l.c.r.* Riforma Medica, 1920, p. 456.

PONTANO. *Meningite cerebrospinale diplococcica primitiva.* Policlinico, Sez. Pr., 1916, p. 900.

GENOESE. *Il l.c.r. nella malaria dei bambini.* Ibid., 1919, p. 737.

MARAGLIANO. *Meningismo in infezione da Paratifo b.* Rif. Med., 1919, p. 334

ARTOM. *Sopra un caso di meningo-encefalite da paratifo b.* La Pediatria, 1923, p. 545.

BOVERI. *Il l.c.r. nell'encefalite epidemica.* Rif. Med., 1920, n. 19.

MACCHI. *Meningite tifosa.* Ospedale Maggiore, 1918, pag. 88.

SANTI. *Meningite da orecchioni.* Policlinico, Sez. Pr., 1930, p. 566.

DE TONI. *Sulla meningite da varicella.* Ibid., 1924, p. 1434.

GENOESE. *Sul comportamento del l.c.r. nella pertosse.* Ibid., 1920, p. 291.

MARGOTTINI. *La spirocheta pallida nel liquor nei primi periodi della sifilide.* Ibid., 1925, p. 575.

M. VOLTERRA. *Meningite linfocitaria acuta benigna di origine brucellare.* Accademia Medico-Fiorentina. Ad. 4 maggio 1933; Forze Sanitarie 1933, p. 1140.

BATTAGLIA. *Parotite epidemica ad inizio meningitico.* Policlinico, Sez. Pr., 1933, n. 10.

VANDINI. *Un caso di meningite da orecchioni.* Gazzetta Osp. e Clin., 1917, n. 6.

BOZZOLO. *Meningite sierosa tifica di Eberth.* Pensiero Medico, 1918, p. 209; Riv. Crit. Clin. Med., 1918, p. 536.

SERRA. *Il l.c.r. nell'infezione lebbrosa.* Phatologica, 1922, p. 425.

SAPRISARDI. *Sindrome meningea linfocitaria.* Pediatria, 1923, p. 1099.

CATTERUCCIA. *Sulla presenza dell'agente specifico della scarlattina nel l.c.r.* Ibid., 1924, p. 31.

ID. *Sulla presenza dell'agente specifico del morbillo nel l.c.r.* Ibid., 1924, p. 1101.

BERGE e WEISSENBACH. *Meningite cerebrospinale acuta ebertiana primitiva.* Soc. Méd. des Hôp., 1911.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE CIVILE SAN SEBASTIANO
CORREGGIO (REGGIO EMILIA)

Contributo alla chirurgia delle ossa.

Un nuovo passalacci.

Dott. PIO BOSI, direttore - chirurgo.

Presento un mio modesto istrumento, che mi pare risponda egregiamente a semplificare in certi casi manovre che, semplici per sè stesse in apparenza, all'atto pratico risultano sempre laboriose.

Si tratta di uno strumento destinato specialmente a facilitare l'accerchiamento delle diafisi ossee, quando queste, essendo fratturate, devono per una ragione qualsiasi essere ridotte per via cruenta, e mantenute a contatto in posizione corretta con una allacciatura.

Nella pratica mi sono trovato più volte a dovere applicare di simili lacci; ed ho sempre constatato che la manovra di accerchiamento è sempre lunga e praticamente difficile, qualunque sia il genere di laccio che si vuole applicare.

Ho sempre visto che dalla laboriosità delle manovre, deriva inevitabilmente un maltrattamento alle parti molli circostanti al focolaio di frattura, parti che sono già state maltrattate dallo stesso trauma causa della lesione dell'osso, e che così, per doppia ragione, devono essere rispettate al massimo, molto più che devono in secondo tempo partecipare al processo di riparazione.

Come le figure dimostrano, si tratta di un grosso ago curvo, articolato verticalmente con un manico lungo nel suo punto mediano. Il manico, curvo a sua volta, è scanalato nel suo estremo distale in modo da poter dare ricetto in sè stesso ad una metà dell'ago, quando questo viene a trovarsi nella sua posizione di chiusura (fig. 1ª).

FIG. 1.

L'estremo distale dell'ago, che chiamerò per brevità estremo operante, è costruito in modo da poter accogliere in sè stesso sia un nastro, quanto un filo qualunque (fig. 3ª), e permette l'applicazione in sito del laccio sia in modo diretto (contemporaneamente all'applicazione in sito dell'istrumento) sia in modo indiretto (al momento cioè in cui l'istrumento vien tolto).

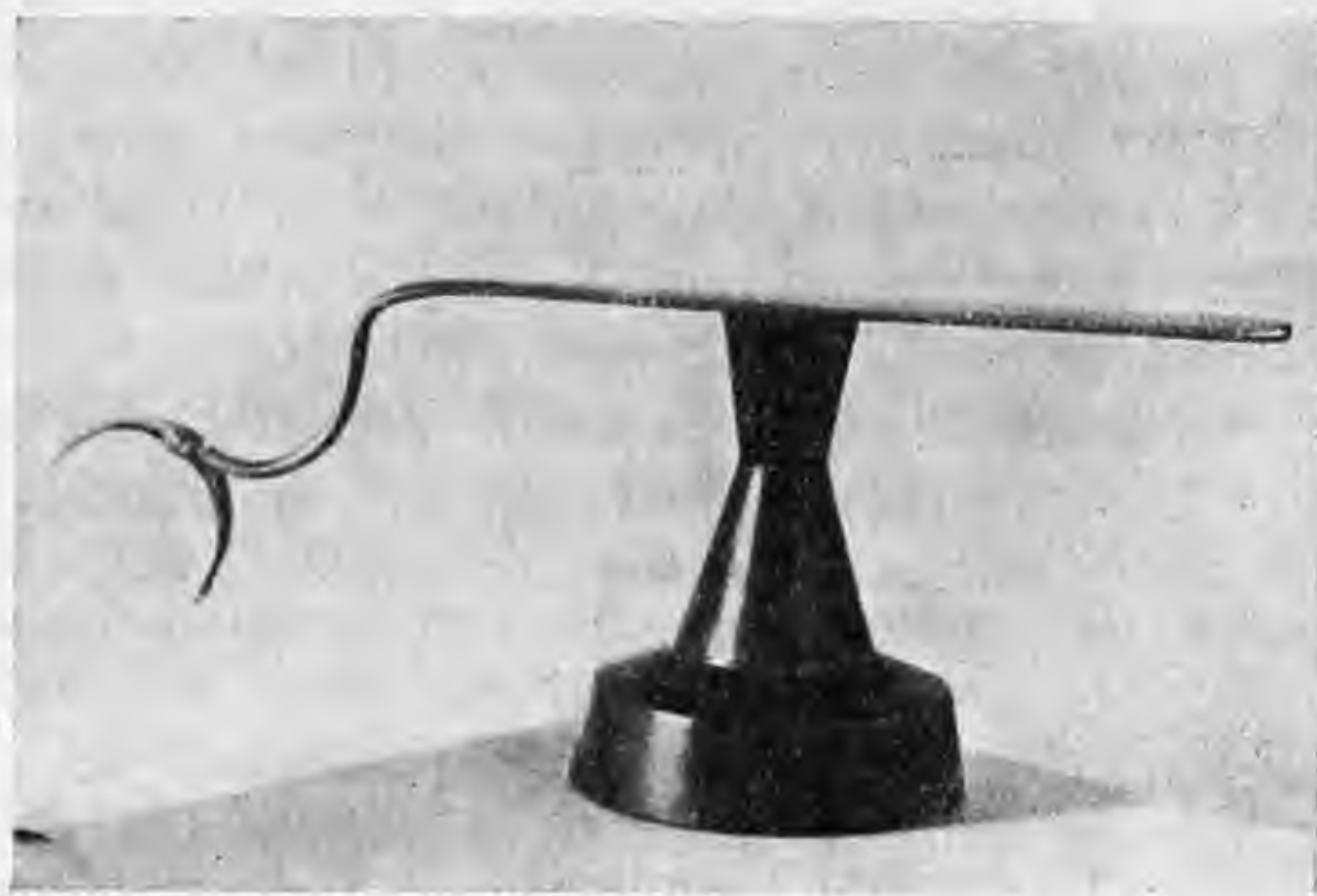



FIG. 2.

L'estremo prossimale dell'ago rappresenta la parte necessaria onde costringere l'estremo operante a compiere il giro di accerchiamento voluto; ma non ha in sè stesso alcuna particolarità se non quella della sua curva.

FIG. 3.

Credo che la semplicità dell'istrumento esoneri dalla descrizione del suo funzionamento poichè questo lo si comprende facilmente. È ovvio che esso, montato o non del laccio o del nastro che si vuole applicare, deve essere

portato in posizione aperta (fig. 2ª) ad abbracciare, perpendicolarmente al suo asse, la diafisi da accerchiare, e basta imprimere allo strumento un semplice movimento atto a spingere l'estremo articolato del manico sulla faccia dell'osso opposta a quella esposta, perchè l'estremo operante dell'ago compia necessariamente il giro voluto, e si porti sul fondo della ferita, recante, se ci venne montato, o in grado di riceverlo, il laccio.

Nel secondo caso, naturalmente, il laccio in parola verrà posto in sito durante la manovra di ritiro dell'istrumento.

RIASSUNTO.

L'A. presenta un nuovo strumento da Lui ideato che facilita l'applicazione di lacci o nastri in profondità, il quale trova la sua speciale applicazione nella riduzione cruenta delle fratture delle diafisi. Trattasi di un ago grosso articolato su manico che con semplice manovra fa compiere automaticamente al laccio il giro voluto, evitando quei mali trattamenti alle parti molli che sono quasi inevitabili quando si compiono manovre diverse.

PROBLEMI DISCUSSI

ISTITUTO RADIOTERAPICO ITALIANO - FIRENZE.

La clinica nella scelta della tecnica per la migliore selezione delle irradiazioni (*).

Prof. V. PALUMBO.

Succede spesso che, presentando in una Accademia, o in un Congresso, o in una qualsiasi Società Scientifica, un caso sottoposto con successo alla Terapia irradiante radio-attiva, ci si trovi a dover rispondere alla solita domanda: qual'è la tecnica adoperata?

Domanda lecitissima e che porta all'esposizione dei dati tecnici dell'applicazione generalmente enunciata col calcolo globale delle unità somministrate: unità « r » per il Roentgen, Millicurie-distrutti, Milligrammi-ora, unità D, ergs, etc. per il Radium; filtri, distanza F-pelle, durata dell'irradiazione, suo frazionamento nel tempo.

I dati esposti anche nei più minuti particolari di tecnica non rispondono però ad un metodo terapeutico e quindi estensibili ad altri casi simili sia dal lato clinico che da quello isto-patologico.

L'esposizione della tecnica adoperata può essere accolta con soddisfazione da profani della Specialità; i competenti ben conoscono però che l'enunciazione anche più particolareggiata dei dati tecnici adoperati in un determinato caso non può essere disgiunta dall'osservazione delle peculiari caratteristiche di tutta la sintomatologia clinica locale e generale in rapporto al modo di reagire dei tessuti, di una regione, di tutto l'organismo, allorchè interveniamo con le irradiazioni radio-attive. E siccome la reattività organica per qualsiasi intervento terapeutico è insita alla speciale costituzione di ogni singolo organismo, ne consegue che la tecnica esposta potrà essere considerata adatta a quel determinato caso, ma non è da presumere ch'essa possa essere applicata in forme morbose apparentemente simili, il cui comportamento di fronte ad una dose di raggi identica è diverso sia in riguardo alla sintomatologia clinica generale che alle modificazioni morfologiche e alle alterazioni istologiche dei tessuti irradiati.

Se la tecnica ha potuto essere in certo modo standardizzata specialmente in forme morbose superficiali a carattere non maligno, nel campo dei tumori l'esperienza ci insegna che ogni caso va sottoposto ad una tecnica particolare: vediamo quali considerazioni ci consente lo studio del problema della tecnica radioterapica.

Si sa che il fulcro della Radioterapia è costituito dal dosaggio che rappresenta la chiave di volta di tutto il sistema radioterapico. In tema di dosaggio dobbiamo subito distinguere la misurazione dell'energia irradiante dagli effetti da essa determinati nel campo normale e in quello patologico. In fisica la misurazione è oggi possibile con tutti i relativi dettagli: intensità della sorgente radifera sia per i raggi X che per i raggi del Radium, loro durezza, loro potere di penetrazione, tracciato delle linee isodosi, etc. Questi dati sono esattamente riferibili e quindi possono essere precisamente riprodotti in altri casi da irradiare.

In riguardo agli effetti biologici chiunque ha pratica anche modesta di radioterapia sarà stato certamente al caso di osservare le differenze notevoli che passano da soggetto a soggetto sia relativamente alla determinazione del classico *eritema cutaneo* che alle varie manifestazioni di ordine generale che possono seguire ad un intervento radioterapico: differenze sensibili si osservano infatti nella reattività della crasi sanguigna, del sistema nervoso vegetativo, e di quello ghiandolare endocrino.

Queste considerazioni da me fatte in una comunicazione al 3° Congresso Internazionale

---

(*) Comunicazione fatta al Congresso Internazionale della Lotta Scientifica e Sociale contro il Cancro in Madrid (25-30 ottobre 1933).

di Radiologia a Parigi, ci mettono ancor oggi di fronte all'assillante problema della reattività ai raggi e additano specialmente agli iniziati nella specialità radioterapica le difficoltà del cammino ancora da percorrere.

Se quindi è dimostrato addirittura impossibile l'applicazione di una dose *standard* per le varie forme morbose rispondenti a quadri nosologici ben determinati, a quale altro criterio dobbiamo noi attingere per ottenere da un intervento radioterapico ben condotto il risultato desiderato *d'emblée* e non attraverso tentativi terapeutici che compromettono non tanto il buon esito della cura, ma talora la vita stessa dei pazienti?

La radioterapia dei tumori maligni implica un intervento elettivo sì ma contro una forma morbosa ad etio-patogenesi tuttora ignota.

Si è parlato da taluno perfino di empirismo terapeutico allorchè si sottopone un caso alla terapia irradiante. Tale terminologia è oggi da ripudiare al vaglio della critica più oculata e serena.

La messa a punto del *fattore tempo* e la pratica della *dose di saturazione*, frutto di lunghi studi biologici, anatomo-patologici e clinici, rappresentano oggi una reale conquista scientifica: le percentuali delle guarigioni sono infatti attualmente in aumento. Nonostante tale miglioramento nei risultati ottenuti, il problema terapeutico del cancro rimane all'ordine del giorno. Ma se nella lotta ingaggiata si riesce a diminuire già il numero delle vittime, è una conquista al nostro attivo, e un buon presagio per l'avvenire.

La Clinica, gran maestra nell'arte del curare, ci insegna ogni giorno che anche in forme, e non son poche, ad etio-patogenesi ignota o discutibile, è possibile attingere a risorse terapeutiche efficaci sia per un miglioramento che per la guarigione del paziente. Esperienza clinica è sinonimo di osservazione vasta di malati e quindi, come conseguenza, maggiore possibilità di studiare le varie forme morbose nella loro evoluzione di fronte a rimedi adoperati: è da essa che scaturisce quel *criterio clinico* che consente un diverso comportamento terapeutico sia pure guidato talora da quella speciale *sensazione* che il Medico può percepire all'osservazione di un nuovo caso.

È ad essa che i Radioterapisti debbono attingere per formulare e tradurre in atto un programma terapeutico. All'esame clinico del malato noi possiamo infatti *sentire* già se il caso è suscettibile o no di un intervento radioterapico di qualche entità, se le sue condizioni generali lo resisteranno facilmente, se la forma da irradiare sarà più o meno radiosensibile o radio-resistente. Sensazioni queste che non possono che scaturire da lunghi anni di osservazione e di pratica terapeutica cioè a dire dall'educazione clinica che per i pionieri della Radioterapia ha già al suo attivo un trentennio di studio e di ricerche. Questo *criterio clinico* nel formulare ed applicare un programma terapeutico coi raggi, non può essere assolutamente disgiunto dalla conoscenza delle basi fisiche, biologiche, anatomo-patologiche, che nel campo della Radioterapia debbono essere non solo perfette ma continuamente aggiornate col progresso scientifico dal quale dipendono più specialmente le nuove branche delle discipline mediche.

La Radioterapia non può viver sola, isolata, ma nel consorzio di tutte le altre Specialità, nessuna esclusa; così essa può chiamare od essere chiamata dalle discipline sorelle a collaborare per il fine unico cui deve tendere la Medicina in generale: la salute del malato! Ed è dalla collaborazione che possono essere ottenuti i risultati migliori in ogni campo: primo fra tutti cito la radio-chirurgia che continua a dare con ritmo crescente risultati sempre più incoraggianti e che potranno essere perfezionati in proseguo di tempo.

La Clinica Radioterapica già attuata in alcuni centri (Germania) oltre alla cura eclettica dei malati che vi ricorrono, ha l'altro altissimo compito di preparare i nuovi Specialisti che solo da un organismo completo in ogni ramo possono essere adeguatamente istruiti per la loro pratica avvenire.

La Radioterapia è purtroppo però tuttora considerata e organizzata quasi dapertutto come una filiazione della Diagnostica Radiologica: si osserva infatti con una certa frequenza vedere affiorare in un Istituto di Radiologia sia pure Universitario od Ospedaliero la propaggine Radioterapica ed il Radiologo perchè venuto in possesso di apparecchi per Roentgenterapia o di Radium, diventare Radioterapista.

Ripeto quanto ebbi a dire al Congresso di Parigi: si tratta di due mentalità completamente diverse: l'una medica, scrupolosamente osservatrice, minuziosamente analitica, costantemente in rapporto fra esame radiologico e sintomatologia clinica; l'altra chirurgica, che implica quindi al momento opportuno l'esplicazione dell'audacia propria dell'Operatore e l'assunzione delle relative responsabilità.

Il riconoscimento dagli Enti competenti di tutta l'importanza di una Clinica Radioterapica porterà al definitivo esaurimento di tutti quei Reparti o Sezioni di Radioterapia il cui funzionamento non rispondendo ai progressi della tecnica terapeutica ha portato a risultati

che hanno tante volte deviato il parere di Clinici insigni sui vantaggi indiscutibili oggi fortunatamente ammessi dalla generalità dei Medici in ogni campo di azione della Radioterapia.

RIASSUNTO.

L'A. espone i concetti fondamentali che portano al riconoscimento dell'importanza che ha una vasta esperienza clinica nella scelta della tecnica per la migliore selezione delle irradiazioni. Ritiene che la Radioterapia debba essere considerata come una specialità a parte da non confondersi con la diagnostica radiologica.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

La linite plastica.

(ACHARD. *Bull. Méd.*, luglio 1933).

Brinton nel 1870 descrisse la linite plastica, ma furono Brent e Paviot che nel 1894 rilevarono la natura cancerosa di questa.

La linite dello *stomaco* si presenta sia in forma *localizzata* al piloro, con segni di stenosi e di retrodilatazione; sia in forma *generalizzata* più caratteristica, con i segni di una diminuzione della capacità gastrica: (vomiti precoci, impossibilità di introdurre con la sonda quantità abbondanti di liquidi). I vomiti però possono mancare per rigidità pilorica che crea una massa rotonda, dura riproducente i contorni gastrici. L'esame radiologico dà riduzione del lume gastrico che si foggia a tubo leggermente incurvato, direttamente continuante l'esofago. Vi è microgastria, insufficenza pilorica e ritenzione sopracardiale. Sono questi i tre segni radiologici della linite gastrica.

Anatomicamente si ha stomaco piccolo retratto, globoso, di consistenza quasi cartilaginea. La cavità interna si riduce a 200-150 cc. Coesiste quasi sempre una peritonite callosa. L'evoluzione è lenta, ma può essere abbreviata da complicazioni.

L'A. dopo avere riportato una tipica osservazione clinica ricorda come la *linite dell'intestino* si associ ordinariamente a quella dello stomaco.

Loeper ne ha pubblicato un caso in cui era limitata al colon pelvico.

L'associazione gastro-intestinale appare sempre più frequente ora che la si ricerca con maggiore cura. In alcuni casi prevale la sintomatologia gastrica, in altri la intestinale.

Oltre la forma gastrica ed intestinale si può descrivere anche una *forma a sintomi ectopici* (!) in cui predominano i fatti generali (cachessia cancerosa o stato anemico a tipo pernicioso), oppure i sintomi peritoneali (ascite o peritonite).

La *diagnosi* di linite plastica è spesso erronea ed incompleta perchè sfuggono le lesioni intestinali coassociate. Ma vi sono anche casi in cui si fa l'errore inverso, si diagnostica cioè per linite ciò che è un vero carcinoma.

Ma che *cosa è la linite* plastica? I primi osservatori non avevano visto in essa che il processo di sclerosi. In realtà ecco come stanno le cose: le lesioni sclerotiche sono pronunciate sopra tutto nella sottomucosa ove pare che il male si inizi. La mucosa è indurita; la muscolare è ispessita e dissociata da tratti fibrosi partiti dalla sottomucosa, e l'ispessimento raggiunge così la sottosierosa. Al microscopio nella mucosa si ha una gastrite interstiziale con atrofia glandolare; solo al fondo delle glandole si possono riconoscere delle gettate di epitelioma atipico. Nella sottomucosa si vede un feltro spesso di tessuto fibroso con poche cellule, e dei tratti fibrosi che dissociando la muscolare giungono alla sotto sierosa. È nella profondità delle glandole che nasce la proliferazione epiteliale che stimola una proliferazione connettiva abbondantissima che si propaga alla sottomucosa.

L'invasione dei linfatici sottoperitoneali provoca dappertutto la stessa reazione connettiva. La generalizzazione metastatica si fa per continuità o per embolie linfatiche; dovunque il connettivo è neoformato in abbondanza mentre le cellule epiteliali sono relativamente poco numerose.

Insomma il carattere speciale che distingue la linite plastica dagli altri neoplasmi maligni è l'estremo sviluppo del connettivo e della sclerosi. Ciò fa pensare che la cellula epiteliomatosa di questo neoplasma abbia delle proprietà particolari che provocano nel connettivo ambiente l'enorme iperplasia connettivale che lo contraddistingue.

La pluralità delle localizzazioni sul tubo gastro-enterico permette di chiedersi se non esista un principio infettante coi caratteri suddetti.

La *terapia* purtroppo non è che palliativa.

L. TONELLI.

La sprue.

(R. LEVENT. *Gaz. des Hôp.*, 24 gennaio 1934).

La sprue è caratterizzata da una infiammazione catarrale cronica di tutta o di parte della mucosa digestiva, dalla bocca al retto, infiammazione coincidente in generale con la soppressione della funzione biliare del fegato e con un disturbo funzionale delle altre ghiandole digestive.

Il dominio geografico della malattia era prima unicamente tropicale o subtropicale; oggi

però, per cause ancora ignote, si riscontrano in Europa dei casi di sprue in soggetti che non hanno mai abbandonato i loro paesi e nei quali non si riesce a determinare il meccanismo di trasmissione.

L'inizio della malattia è estremamente lento ed irregolare. Si tratta in genere di irregolarità nella funzione intestinale, di diarree biliose, di disturbi dispeptici, che si stabiliscono gradualmente senza disturbare molto l'ammalato.

Nel periodo di stato la malattia è abitualmente caratterizzata da una sindrome comprendente diarrea, lesioni buccali, anemia.

La diarrea, prima acuta ed effimera, poi cronica è sopratutto mattutina; le feci sono abbondanti talora fino ad un grado imponente e si ripetono 5-6 volte al giorno; talora pastose, più raramente liquide e lienteriche, intensamente fetide.

Le lesioni buccali, che compaiono dopo la diarrea, sono in genere superficiali, ma tenaci e di aspetto diverso: secchezza ed irritazione della mucosa con macchie congestizie, piccole erosioni, lingua giallastra, con papille tumefatte, piccole erosioni del frenulo, ecc. Funzionalmente scialorrea, dolori al contatto degli alimenti e alla deglutizione con irradiazioni sternali che testimoniano l'interessamento dell'esofago.

Anche la mucosa gastrica è interessata donde disturbi dispeptici. L'addome è teso, non dolente, il meteorismo accentuato. L'ammalato impallidisce, dimagra.

Gli esami di laboratorio corroborano e completano il quadro clinico. La reazione acida della saliva contrasta con la diminuzione o la scomparsa dell'acido cloridrico del succo gastrico. All'esame coprologico, che è di grande importanza, le feci risultano intensamente acide, ricchissime di acidi grassi in parte volatili; le fibre muscolari ed i nuclei cellulari come i residui amilacei sono in quantità normale e testimoniano della buona conservazione della funzione pancreatica. Assenza di sangue e di ematina; secrezione biliare normale.

All'esame ematologico si mette in evidenza una diminuzione notevole delle emazie con parallela diminuzione del tasso di emoglobina, senza modificazioni quantitative e qualitative dei globuli bianchi.

Lieve iperazotemia, tendenza all'ipoglicemia.

L'evoluzione della malattia è lenta, interrotta da remissioni, la guarigione è possibile ma tanto più aleatoria quanto più è tardivo il trattamento. La durata varia secondo i casi da 1 a 15 anni. L'ammalato dimagra, perde le sue forze, si stabilisce un certo deficit intellettuale specie nel dominio della memoria, si presentano degli edemi e la morte sopravviene in cachessia per accidenti coleriformi o per cause intercorrenti.

Accanto a questa forma tipica sono state descritte una forma di sprue secondaria alla dissenteria e all'enterocolite acuta e delle forme incomplete, di diagnosi difficile: forme gastriche senza diarrea, ma con lesioni buccali e dimagramento, forme intestinali senza segni buccali nè disturbi dispeptici, forme senza diarrea ma con feci eccessive e con dimagramento.

Conviene infine segnalare una importante sequela della sprue, che può intervenire anche quando il trattamento ha avuto interamente ragione degli accidenti evolutivi: l'atrofia intestinale con insufficienza digestiva irrimediabile.

Lo studio anatomo-patologico non mette in evidenza nulla di caratteristico: scomparsa generalizzata del pannicolo adiposo, degenerazione granulo-grassosa del parenchima pancreatico e leggera infiammazione interstiziale, atrofia della muscolare dell'intestino che presenta nella sua mucosa erosioni, ulcerazioni, escare, placche cicatriziali.

Si spiega pertanto l'oscurità della patogenesi. Si è supposta una infezione da germi i più vari, ma si tratta di una ipotesi non confermata. Si è pensato a carenza di vitamina C, ma anche questa ipotesi, per quanto confortata dai buoni effetti di alcuni trattamenti, non è ancora provata.

La diagnosi deve tener conto delle analogie cliniche con la malattia celiaca e con l'anemia perniciosa.

La prognosi è sempre grave, specie quando il trattamento è istituito con ritardo. Quando esso è precoce i suoi risultati sono in generale buoni. Ma sono possibili delle ricadute. Vi sono poi dei casi ribelli, in cui il trattamento frena gli accidenti e rallenta l'evoluzione ma non impedisce l'esito fatale.

Quanto al trattamento numerosi sono i metodi proposti. Manson ha avuto buoni risultati con il regime latteo. Il regime di frutta, ricco in vitamina C, è divenuto classico. Infine nel 1930 Fairley, ispirandosi ai lavori di Castle sull'anemia perniciosa, completa l'azione del fegato e dell'acido cloridrico con un regime di latte secco ricco di proteine.

C. TOSCANO.

Riflessioni sulle ulcere gastriche e duodenali.

(LERICHE. *Presse Médicale*, 5 agosto 1933).

Attualmente si dà grande importanza, nella genesi dell'ulcera gastro-duodenale, alle variazioni della secrezione del muco gastrico e alle alterazioni delle sue qualità chimiche.

Sono stati fatti anche tentativi terapeutici, pare con buon successo, mediante somministrazione di mucina gastrica; purtuttavia resta

sempre oscuro il meccanismo della produzione delle lesioni ulcerative e il suo rapporto con il muco gastrico.

Secondo l'A., che si basa sulle osservazioni praticate nei circa trecento casi di ulcera gastrica e duodenale da lui operati negli ultimi otto anni, la gastrite, che quasi costantemente ha riscontrato intorno all'ulcera, non è una conseguenza di questa, ma la precede. A questo punto l'A. ricorda che la zona ove si produce l'ulcera gastro-duodenale, da lui chiamata *zona antrale*, e che comprende la piccola curvatura, l'antro, il piloro e il bulbo duodenale è caratterizzata dalla presenza di glandole mucipare differenziate per la produzione del muco alcalino e che si mantiene a reazione alcalina anche in piena digestione. Inoltre la *zona antrale* è il punto di partenza degli stimoli che provocano la secrezione cloridro-peptica da parte del *fundus gastrico*. Normalmente il muco gastrico esercita una doppia azione protettrice, meccanica e chimica della parete della parte antrale.

Ora dei disturbi anche lievi della secrezione del muco gastrico, causati a loro volta da errori alimentari o da emozioni, con l'intermediario di un'alterazione della circolazione gastrica, produrrebbero una gastrite infiammatoria, mancando alla parete gastrica la normale protezione. Seguirebbe una gastrite atrofica della parte antrale le cui glandole verrebbero a perdere la proprietà di secernere il muco differenziato alcalino. La mucosa gastrica, privata così completamente della sua difesa, verrebbe attaccata dal succo cloridropeptico con la produzione di un'ulcera come risultato finale.

Inoltre la mucosa della parte antrale, non protetta, è più sensibile che normalmente agli stimoli, provoca quindi una secrezione di acido cloridrico eccessiva o intempestiva. Viene così data una spiegazione del meccanismo dell'ipersecrezione e dell'ipercloridria. Queste aumentano, per la prolungata stimolazione della zona antrale, se interviene, come accade frequentemente, uno spasmo pilorico o un ostacolo meccanico allo svuotamento gastrico.

Da queste premesse l'A. deduce una linea di condotta terapeutica. Dato che l'ulcera è da considerarsi non come malattia a sè, ma piuttosto come un esito, non è essenziale sopprimerla; è bensì necessario produrre un'ipocloridria resecando ampiamente la zona antrale, area reflessogena della secrezione cloridrica; o sopprimere lo stimolo anormale della zona antrale, il ristagno, mediante una gastroenterostomia juxta-marginale situata molto a destra.

L'A. ha praticato inoltre, su animali da esperimento, una resezione fundica ottenendo così un abbassamento della cloridria. Il metodo, in America, è stato tentato anche sull'uomo. L. FERRETTI.

L'assorbimento nell'ostruzione intestinale.

(R. RUSSELL BEST, LYLE A. NEWTON e ROY MEIDINGER. *Archives of Surgery*, dicembre 1933).

Due sembrano essere le cause di morte nell'ostruzione intestinale:

1) la formazione e l'assorbimento di tossine nell'ansa intestinale al di sopra dell'ostruzione;

2) l'alterazione nell'assorbimento; e cioè un aumentato assorbimento del contenuto intestinale o una diminuzione dell'assorbimento al di sotto dell'ostruzione perchè le sostanze secrete nel segmento superiore non raggiungono l'ansa inferiore.

Le ostruzioni intestinali si possono dividere in ostruzioni semplici e ostruzioni con gangrena per interruzione del circolo sanguigno. Nel secondo tipo è evidente l'importanza del fattore tossico; nella semplice ostruzione sembra che non esista un fattore tossico come causa di morte. Molti AA. hanno asserito che nell'ostruzione semplice il contenuto intestinale è tossico nell'ansa superiore e l'assorbimento è aumentato per la maggior pressione dell'ansa dilatata. Questi due fatti sarebbero la causa di morte. Al contrario Wangensteen stabilì che esisteva un'uguale tossicità nel contenuto dell'intestino normale e in quello di un'ansa occlusa e che il contenuto dell'ansa inferiore era più tossico di quello della superiore.

Sembra logico pensare che, se non esistono tossine specifiche nelle anse occluse, il fattore letale debba essere o un aumentato assorbimento di sostanze normalmente presenti nell'intestino o la mancanza di una neutralizzazione, che avverrebbe normalmente quando il contenuto dell'ansa superiore si mescola con quello dell'inferiore. È anche possibile che questa mancanza possa impedire la funzione della secrezione intestinale e in qualche modo avere un'importanza nella causa della morte.

Il lavoro di White e Feuder del 1930 dimostrò che non vi era produzione di tossine nell'ansa al di sopra dell'ostruzione perchè, immettendo con un'ileostomia il materiale emesso col vomito nell'ansa inferiore, gli animali furono mantenuti in vita fino a ventotto giorni.

Jenkius nel 1929 studiò il comportamento delle secrezioni epatica, pancreatica e duodenale nelle occlusioni alte, e, fornendo questi secreti all'ansa inferiore dell'occlusione, riuscì a far vivere gli animali fino a trentatre giorni.

Gli AA. hanno voluto studiare in questo lavoro il comportamento dell'assorbimento intestinale nell'occlusione semplice, così nell'ansa superiore come nell'inferiore, nella speranza di portare almeno un punto fermo nella intricata questione dell'occlusione intestinale.

In un primo gruppo di esperimenti essi hanno voluto saggiare l'assorbimento intestinale per le sostanze che normalmente non vengono assorbite dall'intestino sano, e hanno consta-

tato che tanto l'ansa superiore che l'inferiore dell'intestino occluso non assorbono queste sostanze. In un secondo gruppo di esperimenti essi hanno riscontrato che le sostanze normalmente assorbite dall'intestino sano lo sono in ugual misura da quello occluso con un così lieve ritardo di tempo che non autorizza ad ammettere un'alterazione in questa funzione intestinale. Gli AA. non hanno potuto dimostrare un aumento dell'assorbimento al di sopra o al di sotto del livello dell'occlusione; questo fa pensare che se esiste un aumentato assorbimento al di sopra dell'ostruzione esso non può essere la causa di morte. Gli AA. ritengono che la causa di morte nell'ostruzione intestinale sia dovuta alla mancanza di neutralizzazione tra il contenuto dell'ansa superiore e di quella inferiore all'ostruzione; per questo fatto si avrebbe un assorbimento o la mancanza dell'assorbimento di una sostanza X, non tossica, che produce un disturbo alla normale funzione cellulare ed è incompatibile con la vita. R. Martone.

Le perforazioni del retto da impalamento.

(Guibal J., Sabotier A., Vassileff N. *Revue de Chirurgie*, giugno 1933).

In occasione di un caso capitato alla loro osservazione gli autori tracciano il quadro nosologico dell'affezione.

L'impalamento è la lesione provocata dalla caduta su di un oggetto più o meno appuntito che lacera il retto o direttamente o previa lacerazione del perineo. In base a tale definizione si distingue l'*impalamento vero* e gli *impalamenti atipici*.

L'impalamento provoca delle lesioni anorettali e delle lesioni associate. Le lesioni anorettali nell'impalamento vero possono essere limitate a dilatazione dell'ano con qualche sgraffiatura oppure possono associarsi a lacerazioni dello sfintere e delle valvole di Houston. Nell'impalamento atipico si associano a lacerazioni perineali più o meno estese. Nell'uno e nell'altro caso coesistono lacerazioni del retto. Queste possono interessare la porzione sottoperitoneale o quella peritoneale con perforazione del cul di sacco del Douglas. Le lesioni associate possono limitarsi alle parti molli endopelviche o interessare i visceri; più frequentemente vescica, uretra, organi genitali, eccezionalmente anse intestinali alto-situate, il mesentere, il diaframma, il polo inferiore del rene sinistro.

I sintomi locali e generali sono in rapporto con la gravità delle lesioni. Nell'impalamento puro l'ano è dilatato, l'emorragia all'esterno di solito è minima, possono invece aversi gravi emorragie interne. In caso di perforazione peritoneale i segni della peritonite appariscono rapidamente in poche ore. L'esame strumentale del retto e della vescica non deve mai trascurarsi.

La prognosi ha una gravità diversa secondo si tratta di lesioni limitate alla mucosa o alle pareti rettali, o di lesioni perineo-rettali con o senza lesioni viscerali, o di lesioni peritoneali. Oltre alla prognosi *quoad vitam* è da tener conto della possibilità di incontinenza, di fistole retto-urinarie e dei restringimenti cicatriziali.

Le lesioni rettali richiedono la detersione ed un drenaggio per via anale. Le lesioni perineorettali gravi richiedono un ano iliaco di derivazione ed un drenaggio endo- e latero-rettale. Le lesioni peritoneali, la detersione del cul di sacco del Douglas e la sutura, seguite da un tamponamento alla Mikulicz e da un ano iliaco temporaneo. B. Paggi.

TERAPIA.

La dieta chetogenica in terapia.

(H. Gainsborough. *Practitioner*, genn. 1934).

È da tempo noto che il digiuno o una dieta povera di idrati di carbonio e ricca di grassi provoca un'abbondante produzione di chetoni nell'organismo, come avviene spontaneamente nel diabete nel quale è disturbato il metabolismo dei carboidrati.

I cheto-acidi compaiono nel sangue e sono escreti dai reni sotto forma di acido acetoacetico e di acido 1-β-idrossibutirico, che è verisimilmente dovuto alla riduzione del primo. L'acetone escreto è prodotto dalla decomposizione di questi acidi.

Questa condizione di chetosi (chetonemia e chetonuria) è determinata dalla deficiente ossidazione degli acidi grassi, la quale si stabilisce ogni qual volta il rapporto tra acidi grassi e glucosio nell'organismo è superiore a 2 a 1. L'eccesso di grasso non viene completamente ossidato ed eliminato come chetoacidi. L'assunzione di sostanze azotate concorre alla produzione della chetosi in quanto parte di esse si trasformano in grassi.

La dieta chetogenica non può essere esclusivamente composta di grassi e neppure contenerne in quantità eccessivamente prevalente in quanto non è tollerata dai pazienti specie se con febbre o con tendenza alla nausea od al vomito. La dieta deve contenere 62 grammi di proteine, 13 grammi di carboidrati e 275 grammi di grasso costituito essenzialmente da burro.

Con sì fatta dieta la chetosi si produce rapidamente, ma talvolta in ragione del glicogeno mobilitato dal fegato e dai muscoli si produce in grado sufficiente solo dopo due o tre giorni.

Il grado della chetosi può essere apprezzato con il metodo colorimetrico al nitroprussiato e l'acidità dell'urina può essere misurata determinando il p^h.

I fatti più importanti che si stabiliscono contemporaneamente sono la poliuria con la

conseguente disidratazione dei tessuti, l'escrezione di sodio e la perdita di peso del corpo.

La dieta chetogenica fu applicata per la prima volta nella cura dell'epilessia, partendo da concetti teorici ed analogici.

È stato notato in effetti che nei periodi interaccessuali gli epilettici non presentano disturbi specifici del bilancio acido-base, ma che ogni alterazione di questo bilancio con prevalenza determina o meglio precede l'accesso. Questa constatazione clinica trova la sua riprova nel fatto che l'iperventilazione pulmonare ottenuta a mezzo dell'iperpnea volontaria, la quale provoca alcalosi, scatena l'accesso in un buon numero di epilettici. Viceversa gli accessi si rarefanno con il digiuno, il quale provoca acidosi.

Geyerlin trattò 26 casi di epilessia con il digiuno constatando un netto miglioramento in 18 malati. In considerazione che gli effetti benefici del digiuno fossero dipendenti dalla formazione di chetoni, Wild pensò che i medesimi risultati potessero ottenersi con la dieta ricca di grassi.

Questo metodo di cura è stato praticato per 10 anni da Helmholz e Keith in 300 casi di epilessia essenziale. Nel 36 % dei casi si è constatata la guarigione, nel 21 % un miglioramento, e nel 43 % insuccesso.

I migliori risultati si ottennero nei ragazzi e nei casi di piccolo male, che sono poi quelli che meno si avvantaggiano del luminal e dei bromuri.

Wilder spiega l'efficacia della cura chetogenica col fatto che l'acido aceto-acetico avrebbe un'azione simile a quella degli anestetici, altri pensa che il vantaggio sia dovuto alla disidratazione dei tessuti che riesce benefica nell'epilessia anche ottenuta con altri mezzi (limitazione dell'ingestione di acqua).

Il metodo è stato applicato anche alla cura dell'emicrania, date le analogie di questa con l'epilessia, e dato che l'accesso emicranico si può provocare con l'iperventilazione pulmonare (alcalosi) ed è alleviata dal digiuno (acidosi). La dieta chetogenica anche nell'eclampsia ha dato successi.

Durante le osservazioni dei casi di epilessia trattati con tal metodo fu notato da Helmholz che alcuni dei soggetti migliorarono anche nelle condizioni delle infezioni colibacillari delle vie urinarie da cui erano contemporaneamente affetti. Estese quindi gli studî in tale senso e ottenne una conferma delle prime osservazioni: la dieta chetogenica ha una benefica influenza sulla colibacillosi urinaria, quando l'affezione non sia troppo avanzata e non vi sia febbre. Il vantaggio non è dovuto esclusivamente all'aumento dell'acidità della urina, ma all'azione combinata di questa con quella batteriostatica dell'acido 1-β idrossitobutirico.

DR.

L'irradiazione ultra-violetta nella cura delle malattie.

(Sir R. STANTON WOODS. *The Practitioner*, febbraio 1934).

L'uso dei raggi ultravioletti in terapia è stato studiato e parzialmente spiegato nel suo meccanismo di azione durante gli ultimi 30 anni.

Secondo le più moderne vedute gli elementi che danno elettricità sono protoni ed elettroni, che si aggruppano in atomi. Ogni atomo è composto variamente di protoni ed elettroni: così l'atomo di idrogeno è composto di un protone nucleare e di un elettrone planetario, quello dell'elio ha un nucleo di 4 protoni e due elettroni e due elettroni planetari, quello del litio ha sette protoni e 4 elettroni con tre elettroni orbitali. L'eccesso di protoni sugli elettroni è controbilanciato dal numero degli elettroni orbitali e questo numero è detto numero atomico di un elemento.

Gli elettroni extranucleari o planetari sono importanti nelle radiazioni ultraviolette, perchè limitano l'attività delle radiazioni. L'energia è emessa o assorbita solo in determinate quantità. Si conoscono 92 atomi diversi, capaci di raggrupparsi diversamente in molecole.

In terapia si usano due sorgenti di raggi ultravioletti: il sole e, artificialmente, l'arco elettrico.

L'azione terapeutica dei raggi ultravioletti dipende dai cambiamenti che essi possono produrre negli strati cutanei. Il loro potere penetrante è inversamente proporzionale alla loro lunghezza d'onda. I raggi con lunghezza d'onda di 15.000 A non sono penetranti. I raggi in questa parte dello spettro sono immediatamente assorbiti dall'acqua e dalla cute umana, quindi producono una sensazione di bruciore, al contrario di quel che succede coi raggi di lunghezza d'onda un po' più corta. Quelli con lunghezza d'onda più corta ancora, appartenenti al rosso e infrarosso, penetrano nei vasi sanguigni e scaldano gli strati più profondi. I raggi con 5000-3000 A raggiungono i capillari superficiali e sono assorbiti istantaneamente dall'emoglobina. Il sole è in gran parte formato da questi raggi. La banda posta fra 3300 e 2500 A è quella che produce eritema ed è la più importante dal punto di vista medico.

La penetrazione dei raggi su 5800 A avviene nella proporzione del quarto.

Per essere efficaci su un tessuto i raggi devono essere assorbiti da questo. Esistono due teorie che ne spiegano l'azione: per una essi sono agenti distruttivi ed agiscono « offendendo » il tessuto. Certamente l'effetto di un'esposizione moderata della pelle ai raggi è la comparsa di eritema dopo 4-6 ore, accompagnato a volte da prurito che scompare gradatamente. Dopo 48 ore compare desqua-

mazione. L'esposizione ai raggi nel periodo della desquamazione è inefficace o dà una reazione minore della prima. Dopo la desquamazione la cute riacquista la sua sensibilità. Con applicazioni successive si può tenere sempre la cute in stato di desquamazione, che permette la applicazione ulteriore dei raggi. Altro fattore immunizzante è la comparsa di pigmento.

Il solo effetto veramente indiscutibile dell'azione dei raggi ultravioletti è quello che si ha nella cura del rachitismo, ma il suo meccanismo di azione è ancora in discussione.

I raggi ultravioletti provocano localmente la formazione di una sostanza istamino-simile che è assorbita ed entra nel circolo generale.

Le dosi molto elevate di tali raggi distruggono i batteri direttamente. Indirettamente i raggi ultravioletti sono pure battericidi, perchè elevano il potere battericida del sangue.

Per quanto riguarda il metabolismo calcio-fosforo, l'irradiazione provoca ipertrofia delle paratiroidi senza modificare il contenuto in calcio e fosforo del siero di sangue. Però l'irradiazione dopo paratiroidectomia parziale evita la tetania ed è accompagnata da elevazione del calcio del siero.

I raggi ultravioletti sono controindicati negli stati febbrili e nelle infezioni acute, nell'emottisi dei tubercolosi, nella insufficienza renale, nelle alterazioni psichiche, nell'insufficienza cardiaca.

Sono invece indicati nel reumatismo cronico, nella tubercolosi ghiandolare, nelle infezioni cutanee.

La tecnica della cura è varia. Si possono applicare i raggi a tutto l'organismo con esposizioni, specialmente all'inizio, brevissime, oppure fare applicazioni localizzate più ampie.

R. Lusena.

Il massaggio nella medicina generale.

(L. D. Bailey. *The Practitioner*, febbr. 1934).

Il massaggio è adoperato più ampiamente di quel che era una volta; se prescritto a proposito può essere utilissimo, se prescritto o eseguito male può essere molto dannoso.

Il massaggio può essere eseguito in diversi modi: collo *sfioramento* (che serve ad accelerare il flusso del sangue e della linfa), colla frizione (che è utile nelle infiammazioni ed essudazioni), coll'impastamento (utile sui muscoli), col picchiettamento (che stimola muscoli, nervi e ghiandole).

I movimenti passivi sono un completamento utile di ogni massaggio.

Il massaggio deve riuscire indolore.

Esso è indicato nelle fratture, nelle distorsioni, nelle lussazioni, nelle rotture tendinee e muscolari, nelle malattie del sistema nervoso, in quelle cardiovascolari e delle vie urinarie.

Nelle fratture è utile già al 3°-4° giorno cominciare collo sfioramento al disopra del livello della frattura, mentre al livello stesso si potrà fare solo dopo una settimana.

Nelle lesioni del ginocchio è bene che il massaggio si faccia fin dall'inizio. Le frizioni non si faranno però troppo presto, perchè possono spostare dei coaguli.

Nelle fratture si faranno prima degli stiramenti, poi degli sfioramenti, poi movimenti passivi e in un ultimo periodo movimenti attivi.

Nello stesso modo si cureranno le lussazioni, le distorsioni e gli strappamenti tendinei e muscolari.

Nel gruppo delle malattie reumatiche il massaggio è utile tanto nelle forme acute che in quelle croniche. Esso può evitare delle anchilosi e rigidità.

Dal massaggio possono trarre giovamento le neuriti, la nevrastenia, l'insonnia, le contratture isteriche, il torcicollo spasmodico e le nevrosi professionali. Come pure esso è utile nelle paresi e paralisi, nella m. di Buzin, nel m. di Raynaud.

Il massaggio è controindicato nelle malattie del sistema genitourinario; si può però adoperare come coadiuvante nella cura degli stati anemici secondari, quando l'emorragia sia stata dominata.

Il massaggio generale, cioè in tutte le sue forme in una medesima seduta, è consigliato nei deboli.

Controindicazioni al massaggio addominale sono la gravidanza, la mestruazione, l'infiammazione acuta (peritonite, parametrite, ascessi dei visceri addominali), le pieliti, le calcolosi renali, i polipi delle vie urinarie, i tumori benigni e maligni, la calcolosi biliare, le cisti, le ernie, l'ulcera gastrica e duodenale, ogni malattia che può provocare emorragia, l'anemia perniciosa, gli aneurismi.

Controindicazioni generali al massaggio sono la febbre, le eruzioni e le scottature cutanee, gli ateromi dei vasi sanguigni, l'ipertensione persistente, le vene varicose, la flebite, le linfangiti e le trombosi (esclusi però i casi di coagulo organizzato da molto tempo), la tubercolosi, l'osteomielite e i tumori maligni o benigni.

R. Lusena.

MEDICINA SOCIALE.

Causa violenta ed infortunio sul lavoro.

Molto discussa è la formula « che derivi da causa violenta », condizione posta dalla legge come requisito essenziale dell'infortunio coperto dall'assicurazione.

S. Diez (*Diritto del Lavoro*, 1933, fasc. 6-7) afferma che per opera dei medici infortunisti e della Magistratura che ha accettate le concezioni elaborate dalla scienza il concetto di « causa violenta » è sempre più allargato per cui maggiore è il numero dei beneficati.

Nota che la legge vuole che violento sia lo svolgersi dell'avvenimento che porta danno all'organismo del lavoratore. Però, se nella maggioranza degl'infortuni, quando questo avvenimento consiste nell'esplicazione di una azione lesiva sul corpo umano da parte di una causa esterna, violenta deve esser l'azione patogena insita nell'avvenimento dannoso. In altri casi si può avere il violento svolgersi degli avvenimenti ma l'azione patogena può essere lenta (morte per asfissia nel crollo di gallerie o nella mancata emersione di un sommergibile).

Dal punto di vista della qualità può costituire « causa violenta » qualunque vis (violenza da vis=forza) patogena che eserciti la sua azione contro l'organismo, purchè l'azione stessa si esplichi sotto determinate modalità e, come il carattere di violenza prescinde dalla natura della causa patogena, così prescinde dalla natura delle conseguenze morbose di dette cause.

Dopo aver citato sentenze di magistrature di diverso grado sull'argomento l'A. si domanda in che cosa consiste la violenza nella causalità del danno da infortunio e afferma che essa è riposta nella capacità insita in una causa, di qualsiasi natura essa sia e comunque essa agisca contro il corpo umano, di sviluppare una intensa azione patologica.

Un fatto esterno che non abbia insite in sè proprietà patogene o le abbia in grado così lieve da esser necessaria la ripetizione della sua azione o il prolungamento di essa oltre certi limiti di tempo per produrre la lesione o la malattia, manca di quei caratteri di intensità patogena che sono propri della causa violenta e non può dar vita all'infortunio.

Perciò poichè l'intensità lesiva è subordinata alla durata dell'azione del fatto esterno contro l'organismo è necessario stabilire entro quali limiti di tempo deve svolgersi l'azione stessa perchè sussista il requisito dell'infortunio da « causa violenta ».

Il Borri ha sostituito al concetto di « istantaneità » quella della « causalità concentrata » la quale non solo richiede il concetto di intensità di una data azione lesiva, ma ammette la possibilità che la stessa azione non perda i suoi caratteri violenti anche se esplichi la sua intensità patogena con più contatti in breve volger di tempo e non soltanto mediante un unico contatto.

Secondo l'A. risponde a questo concetto il « turno di lavoro » poichè come esso costituisce e viene considerato l'unità cronologica, e il più delle volte anche economica, dell'esplicazione dell'attività lavorativa, così può esser adottato per dar carattere di unità allo svolgersi delle cause patogene.

Questo criterio è stato adottato dalla Commissione Arbitrale Centrale per gli infortuni in agricoltura.

Il Diez rileva che oltre ai requisiti dell'infortunio fin qui esposti altri AA. ritengono che al rapido agire della causa debba rispondere un tumultuoso esplodere degli effetti (Sulli) negando con ciò il carattere di infortunio a tutte le malattie infettive per il periodo di incubazione necessario al loro sviluppo.

Però la Legge non ammette equivoci: essa vuole soltanto che l'infortunio avvenga per causa violenta, che violento cioè sia l'avvenimento che dà origine al danno: agli effetti dell'infortunio è indispensabile la morte o l'inabilità al lavoro superiore ad un dato periodo di tempo.

Come la mancata violenza degli effetti non esclude l'infortunio quando violenta risulta esserne stata la causa, così non è sufficiente, per ammetterlo, il violento prodursi degli effetti quando il fatto lesivo non è stato violento. Perchè anche una malattia professionale, originata da una serie di momenti che si susseguono subdolamente nell'ambiente del lavoro, può esplodere con violenza ed il prodursi tumultuoso dei fenomeni morbosi può seguire anche a comuni atti lavorativi.

Di fatto una emorragia cerebrale in un arteriosclerotico o la lussazione di un braccio in un individuo affetto da lussazione abituale della spalla possono verificarsi anche in seguito ad un atto comune della vita od alla esecuzione di un banale atto lavorativo.

Quanto è asserito tuttavia non è in contrasto con la teoria delle concause in infortunistica perchè bisogna tener presente che essendo la « causa violenta » requisito etiologico indispensabile dell'infortunio, qualunque danno che ad esso si voglia attribuire deve esser legato con nesso di causalità o di concausalità con un fatto violento.

L'A. passa quindi a considerare la differenza fra l'infortunio e la malattia professionale e trova che il requisito della « violenza » è un elemento sufficiente a distinguere il primo dalla seconda.

Non si è fino ad ora riusciti ad escogitare una precisa e soddisfacente definizione delle malattie professionali ma dal momento che il carattere essenziale dell'infortunio consiste nel dipendere da « causa violenta », concentrata cioè nel tempo, e poichè malattie professionali

sono quelle che, pur derivanti da un rischio del lavoro, sono originate da causa « non violenta » si deve concludere che queste devono esser provocate da una serie di momenti patologici connaturati nel normale andamento di un dato lavoro che sommandosi in un più o meno lungo periodo di tempo lentamente e quasi inavvertitamente usurano e minano la salute dell'operaio. DR.

DIVAGAZIONI

La sterilizzazione eugenica.

Con la nuova legge entrata in azione al 1° gennaio in Germania mediante la quale può essere reso sterile l'individuo *tarato* (1), oltre 150 milioni di individui cadono sotto la prescrizione di simili leggi. L'esempio dilaga e se ne discute oggi anche in Inghilterra. In linea di massima, i medici sono contrari a tale intervento (lo erano anche in Germania prima dell'approvazione della legge) e lo si comprende; tutta l'attività mentale e morale del medico è rivolta al diretto beneficio del paziente che gli si affida, mentre le considerazioni d'interesse sociale vengono in seconda linea. Ma è bene il conoscere le varie correnti di pensiero e di azione, anche se ci sentiamo alieni dal seguirle.

È agli Stati Uniti di America che si sono dapprima pensati e messi in opera provvedimenti di simil fatta. Sono quelli i paesi dove i teorizzanti hanno grande influenza sul dettare le leggi; lo dimostra, fra l'altro, quella sulla proibizione delle bevande alcooliche che, partita dal giusto concetto dei danni dell'alcoolismo, non ha tenuto conto della natura umana e non ha fatto che peggiorare le condizioni, imponendo ingenti spese da un lato e facilitando enormi guadagni dall'altro, ingenerando il disprezzo della legge e cadendo poi rovinosamente.

Credo che la California sia stato il primo Stato in cui si è adottata la sterilizzazione eugenica, con una legge che è entrata in effettiva funzione nel 1909. Man mano altri Stati della bandiera stellata hanno aderito al movimento ed ora esse sommano a 27. Ma la California è alla testa, sia per il numero delle sterilizzazioni, sia per le Istituzioni che la sostengono. Fra queste, è da citarsi la Fondazione per il miglioramento umano, un'associazione da cui esula ogni idea di lucro, tutta diretta al bene dell'umanità; ne è Presidente il filantropo E. S. Gorney e risiede a Pasadena.

(1) Sono considerati tali i seguenti gruppi: imbecillità ereditaria; schizofrenia; pazzia circolare; epilessia ereditaria, corea ereditaria; cecità e sordità ereditarie; gravi malformazioni corporee, eventualmente alcoolismo grave.

Le considerazioni da cui sono partiti gli sterilizzatori sono indubbiamente giuste. Essi rilevano che le famiglie di persone intelligenti e socialmente utili tendono a diventare sempre più piccole, mentre le coppie di delinquenti, di irresponsabili, di malati mentali non sentono il bisogno di limitare la prole. In tal modo, si può correre incontro alla degenerazione della razza. È il lato qualitativo del problema demografico, di cui in Europa si considera essenzialmente quello quantitativo. E, dicono i sostenitori di tale teoria, quando il numero delle famiglie che mandano il proprio figlio alle Istituzioni per deficienti mentali, ecc., è il doppio di quelle che mandano il figlio all'Università, è giunto il tempo di agire per la protezione della Nazione e dei singoli, per impedire la produzione di rampolli degenerati.

L'operazione da farsi all'uomo od alla donna talmente difettosi da essere sconsigliabile la procreazione di una figliuolanza, è molto semplice. L'intervento non è considerato come una punizione, ma come una misura protettiva. Esso non desessualizza affatto l'individuo, ma soltanto lo rende inadatto a procreare. I pazienti, salvo qualche eccezione di individui con gravi tare mentali, sono generalmente soddisfatti e, per la maggior parte, conducono poi una vita normale, senza più aver bisogno di ricovero in Istituti. In parecchi casi, questi sterilizzati hanno contratto matrimonio, con buon esito.

Per quanto riguarda la necessità di questo intervento, per gli Stati Uniti, si fanno le seguenti considerazioni. Ivi, fra i 120 milioni della popolazione, vi sono 6 milioni che sono, sono stati o saranno ricoverati in Istituzioni per psicopatici. Si può calcolare ad altrettanti il numero di quelli che, pur senza essere considerati legalmente come pazzi, hanno malattie mentali che li rendono incapaci al lavoro ed altri 6 milioni che sono deficienti, ad un livello mentale, che è del 30 % inferiore alla media. Tutta questa gente è sottoposta allo sfruttamento o va a costituire i ranghi della delinquenza, del delitto, del pauperismo.

Da ciò la necessità della legge che, come si è detto, è stata adottata da 27 Stati e largamente applicata, specialmente negli ultimi anni. Al 1° gennaio dello scorso anno, il numero degli sterilizzati assommava a 16.066 (6999 uomini e 9067 donne), con un aumento del 50 % nell'ultimo triennio. Come si è detto, la California è alla testa del movimento, con 8504 sterilizzati. Nel solo manicomio di Sonoma (1), sono stati sterilizzati, dal 1918 ad oggi, 2264 individui, con risultati

(1) O. BUTLER. *California a. Western medicine*, settembre 1933.

soddisfacenti, perchè oltre il 70 % dei dimessi si è bene adattato alla vita sociale. Molti si sono sposati ed i matrimoni hanno dato una minore percentuale di divorzi che non quelli di individui normali. Il procedimento è seguito anche nelle prigioni (1) con risultati soddisfacenti.

Per la Germania, si calcola che il numero delle persone affette da malattie ereditarie ascende a circa 2.500.000, di cui 306.000 sono ricoverate. La spesa annua per il mantenimento di tali individui è calcolata sui 250 milioni di marchi, che indubbiamente gravano sulla parte sana della popolazione. Il provvedimento, oltre che interesse eugenico, avrebbe un significato economico non trascurabile.

Anche alcuni cantoni della Svizzera e la Danimarca hanno leggi analoghe.

Le misure profilattiche di qualsiasi specie impongono sempre delle limitazioni alla libertà individuale che, in questo caso, vanno a ledere l'integrità personale. Nella vita sociale odierna, lo Stato per la tutela dei cittadini impone la propria volontà in modo continuamente crescente e, se si ammette che per la propria difesa possa comminare la pena di morte, non vi è nessuna ragione di principio per opporsi alla sterilizzazione eugenica. È però da osservarsi che il fondamento scientifico su cui essa è basata non può accettarsi senza discussione, tanto più che in molti casi, la natura tende a correggere le deviazioni morbose osservate nei genitori.

In complesso, è da ritenersi poco probabile che in Italia si adottino provvedimenti di tal fatta, a cui anche la Chiesa è contraria. In senso nettamente contrario si sono espressi, fra gli altri, il De Sanctis che, al recente Congresso di Igiene mentale, ha esposto i motivi per cui la scienza italiana non può aderire a questo indirizzo di eugenica catastrofica e l'Ottolenghi il quale ha dimostrato che l'eredità morbosa non è fatale e tanto meno graduabile è la presunzione di potersene servire per l'indicazione degli estremi di pericolosità della persona da sterilizzare. Per quanto riguarda poi la terapia del delitto, lo stesso Ottolenghi rileva che essa costituisce una lesione personale che provoca una debilitazione permanente, il che è in contrasto con l'indirizzo del nuovo Codice penale riguardo alla terapia del delitto.

È da ritenersi pertanto che il senso realistico, caratteristico della mentalità italiana, che rifugge da nebulose concezioni teoriche, ci terrà ancora lontani da questa profilassi coercitiva, che lede una parte della personalità umana.

A. FILIPPINI.

(1) L. L. STANLEY. *California a. Western medicine*, settembre 1933.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. NOBÉCOURT e L. BABONNEIX. *Traité de Médecine des enfants*. Tome I. Vol. di pag. 884 con numerose figure. Masson, Paris, 1934.

Dal 1909, dopo la pubblicazione dei trattati di Hutinel e di Cruchet, nessun'altra opera completa di medicina infantile era stata edita in Francia.

Nobécourt e Babonneix, con la cooperazione di numerosi altri autori, tutti specializzati nel ramo pediatrico, si sono ora accinti a compilare questo nuovo trattato, che vuol essere una messa a giorno esatta di tutte le più recenti acquisizioni nel campo della pediatria.

Onde raggiungere lo scopo, il materiale scientifico è stato raccolto nel più breve tempo possibile e nel primo semestre del corrente anno avranno visto la luce tutti e cinque i grossi volumi, di cui l'opera è composta.

Il primo volume, testè comparso, tratta, dopo una introduzione storica, dell'accrescimento e dei suoi disturbi, delle malattie del ricambio, delle malattie da carenza, delle endocrinopatie.

Lo svolgimento di ogni singolo capitolo è completo, e, nello stesso tempo, agile, poichè sono state eliminate tutte le inutili citazioni e le teorie non fondate su basi solide. Numerose illustrazioni, in grande maggioranza originali, facilitano la comprensione del testo, il quale reca l'impronta, caratteristica delle opere francesi, di una prosa piacevole ed allettante.

Dalla lettura di questo volume si trae, in complesso, l'impressione di trovarsi innanzi ad un lavoro poderoso e veramente aggiornato.

Non ultimo pregio è infine quello della veste tipografica accuratissima e signorile.

M. FABERI.

A. LESAGE. *Enfance et hérédité*. Masson, Paris, 1933, 20 fr.

Nello studio del bambino malato rappresenta spesso una questione fondamentale il riconoscere quanto è da riportarsi ai fattori ereditari.

L'Autore ha perciò riunito sulla base delle più recenti acquisizioni, i tratti più salienti delle ereditarietà morbose, soffermandosi a lungo sull'artritismo, nelle sue manifestazioni classiche e nei suoi equivalenti.

L'indirizzo eminentemente pratico del lavoro lo rende consigliabile a qualunque medico che voglia completare la propria coltura.

M. FABERI.

H. NAUJOKS. *Die Geburtsverletzungen des Kindes*. F. Enke, Stuttgart, 1934. R. M. 11,50.

Il capitolo dei traumi da parto, che possono colpire il neonato è uno dei più ampi ed importanti della patologia infantile.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Molte volte, infatti, non si riesce a salvare un'esistenza, oppure si assiste al doloroso permanere di postumi non più modificabili, che ledono profondamente l'estetica e la funzionalità del corpo, per non aver istituita una diagnosi precoce e precisa della lesione.

Molto opportunamente ha perciò l'A. riunito in volume tutto ciò che si riferisce all'argomento, arricchendo la trattazione clinica di ottime illustrazioni e di note terapeutiche appropriate.

Il lavoro si raccomanda al pediatra e al medico pratico, ma anche all'ostetrico, il quale, nello studio del meccanismo del trauma, troverà utili insegnamenti d'indole profilattica.

M. FABERI.

R. PRIESEL. *Fremdkörper der Luftwege bei Kindern.* F. Enke, Stuttgart, 1933, MK. 4,80.

La rapidità della diagnosi della presenza di corpi estranei nelle vie aeree infantili è indispensabile per la buona riuscita dell'intervento.

In questa monografia del Priesel l'argomento è trattato dal punto di vista della sintomatologia clinica e radiologica, basate fondamentalmente sulla ricca casistica personale.

La parte terapeutica è appena accennata, essendo il lavoro dedicato in particolar modo al pediatra e al medico pratico. M. FABERI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 2 febbraio 1934.

Presidente: Prof. V. TIRELLI

Il glutatione nelle malattie articolari.

Dottori G. BATTISTINI e A. ROBECCHI. — Dalle ricerche sul sangue col metodo di King, Baumgartner e Page in 161 p. comprendenti le più svariate forme di malattie articolari (13 postumi di reumatismo poliarticolare acuto, 20 poliartriti croniche primitive di origine infettiva, 79 poliartriti croniche primitive, 1 spondiloartrite anchilopoietica, 30 poliartriti uratiche, 10 osteoartrosi deformanti, 8 casi di algie muscolari e articolari di varia natura) hanno trovato che il valore delle sostanze riducenti extra-zuccherine si è mantenuto in limiti che vanno considerati come normali.

Sul comportamento della coproporfirinuria nelle affezioni chirurgiche delle vie biliari.

Dott. A. BOBBIO. — L'O. ha notato che nei casi in cui non vi sono complicazioni (angiocolite, ittero) che intacchino direttamente la capacità funzionale della cellula epatica, i valori della coproporfirinuria sono nelle malattie delle vie biliari in limiti normali: le cifre però hanno tendenza a spostarsi verso il massimo della norma.

Una netta coproporfirinuria patologica si mostra nell'ittero e nei casi, in cui è evidente una grave sofferenza del parenchima epatico. L'intensità della coproporfirinuria entro certi limiti appare in rapporto con le condizioni della funzionalità epatica e si modifica in più o in meno a seconda dell'aggravarsi o del migliorare di questa; così pure è nell'ittero.

Ricerche sperimentali sulla permeabilità delle linfoghiandole invase dalla tubercolosi.

Dott. A. BOBBIO. — In seguito all'invasione tubercolare si avvertono nelle linfoghiandole delle modificazioni della circolazione linfatica, ed il persistere di un certo grado di permeabilità viene dimostrato dall'assunzione dell'inchiostro di china iniettato in territori tributari. L'entità della corrente linfatica è diminuita in rapporto alla diminuzione di tessuto linfatico funzionante e la velocità della corrente per l'ostacolo frapposto dalla discontinuità che si crea nelle vie linfatiche per l'irregolare invasione da parte del processo tubercolare. L'invasione nelle vie periferiche ritarda ancora più il flusso linfatico.

Una rara forma di diatesi emorragica familiare.

Dott. G. ANGELERI. — L'O., accennato alle varie forme di diatesi emorragica costituzionale ed ereditaria, descrive le caratteristiche fondamentali della malattia di Osler o « angiomatosi emorragica familiare ». Esse consistono nella trasmissione della sindrome morbosa come espressione di un carattere dominante, nella comparsa di emorragie mucose e cutanee o nella presenza sulla cute o sulle mucose di angiomi piani di varia grandezza.

Alla base della sintomatologia stanno alcune lesioni del tessuto connettivo e dell'apparato mesenchimale della cute; anche i vasi appaiono alterati tanto da risultare talora costituiti solo da endotelio che si poggia sul tessuto di sostegno anormale.

L'etiologia è come nelle altre forme costituzionali emorragiche del tutto sconosciuta e la cura è solo sintomatica. La prognosi, infausta nei riguardi della guarigione, è discretamente buona *quoad vitam*.

Somministrazione di arsenobenzoli ad alte dosi.

Dott. M. PIOLTI. — L'O. espone i risultati della somministrazione degli arsenobenzoli ad alte dosi in individui superalimentati con idrati di carbonio e sottoposti all'azione dell'insulina; pone in rilievo che, con questo metodo, si accresce di molto la tolleranza dell'organismo alla terapia arsenicale. Interpreta l'azione dell'insulina e di molte altre sostanze che servono allo stesso scopo, come un'azione di risparmio sulle sostanze proteiche del fegato, cui è devoluta la normale funzione antitossica.

Glicemia e glicosuria dopo iniezioni di florizina.

Dottori G. BATTISTINI e L. HERLITZKA. — Gli OO. riferiscono di aver studiato il comportamento della glicemia e della glicosuria dopo iniezioni sottocutanee di florizina, sia con prova di carico sia senza. Nei sani hanno sempre trovato glicosuria variante entro limiti molto lati ed indipendente dai valori glicemici, i quali dimostrano che la florizina induce un aumento notevole della differenza tra i valori capillari e venosi. Ciò può far pensare che la florizina aumenta il potere di fissazione dei tessuti periferici per il glucosio.

VILLATA, *corrispondente*.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 12 febbraio 1934.

Presidente: Prof. A. PENSA.

Sulla grande frequenza della Schistosomiasi vescicale del Fezzan.

Prof. EDOARDO ZAVATTARI. — L'O. ha nell'estate del 1933 compiuto nel Fezzan una larghissima serie di indagini allo scopo di constatare la presenza, frequenza e distribuzione della Schistosomiasi vescicale in quella Colonia. Ha perciò esplorato molte acque e ha esaminato alcune centinaia di individui.

Dal complesso delle ricerche sono risultati i fatti seguenti:

1) la constatazione che in tutto il Fezzan è largamente diffuso il *Bullinus contortus* e che le condizioni ambientali soprattutto dello Sciati e della Hofra costituiscono l'*optimum* per la vita di questo mollusco;

2) la dimostrazione che in tutto il Fezzan e in particolare nello Sciati e nella Hofra vi sono grandi focolai di Schistosomiasi vescicale e la percentuale degli affetti dalla malattia si aggira intorno al 50-60 % della popolazione raggiungendo il suo massimo nei ragazzi, dei quali la quasi totalità mostra presenza di uova di *Schistosoma haematobium* nelle urine;

3) la conferma della necessità già altra volta avanzata di istituire tutte quelle provvidenze profilattiche che sono necessarie per impedire non solo il diffondersi della infezione nelle regioni abitate dai bianchi ma per infrenare le possibilità di infestazione da parte delle popolazioni indigene.

Gli inquinamenti dell'aria, le nebbie e le nevicate.

Prof. ACHILLE MONTI. — Da esperienze fatte presso il nuovo Policlinico risulta che le nebbie, così frequenti nella bassa pianura lombarda, concentrano germi, pulviscoli e gas estranei sospesi nell'aria, ma con norma diversa a seconda della qualità della nebbia e delle altre condizioni meteorologiche. I venti, se da una parte sollevano polvere e con questa germi e spore diverse, dall'altra disperdono fumi, gas e pulviscoli e perciò tendono alla depurazione dell'aria.

Con nebbia bassa e calma assoluta di vento, tutte le impurità dell'aria stagnano presso la superficie del suolo, i germi appaiono dieci volte più numerosi (e tra loro abbondano anche bacilli fondenti); ai pulviscoli minerali si aggiungono le particelle carboniose, i prodotti diversi delle combustioni, i gas esalati da vari stabilimenti industriali, che si addensano così da lasciare traccia sulle lastre esposte e sugli altri apparecchi per la determinazione degli inquinamenti dell'aria.

Le grandi nevicate depurano l'aria ed impediscono che germi e pulviscoli si risollevino da terra, così che anche con nebbia, l'aria può apparire sterile o quasi; ma coi fenomeni di inversione della temperatura e con aria immobile si rovesciano in basso le fumate dei camini e tutti i gas e vapori industriali, che possono essere sgradevoli o nocivi. Se questi raggiungono una certa concentrazione potranno dar luogo ad inconvenienti come quelli osservati lungo la valle della Mosa nel dicembre 1931.

Sulla ricerca del bacillo tubercolare col metodo di Loewenstein nel sangue e nel liquor in alcune malattie del sistema nervoso.

Dott. CARLO TRABATTONI. — L'O., dopo aver ricordato le alte percentuali di risultati positivi annunciate da Loewenstein, comunica i risultati completamente negativi ottenuti colla semina di 36 campioni di sangue (31 di demenza precoce, 3 di sclerosi in placche, 2 di chorea minor) e di 18 liquores (16 di demenza precoce, 1 di sclerosi in placche, 1 di corea minor). Anche la semina di 5 liquores provenienti da ammalati di tubercolosi polmonare in istadio avanzato riuscì negativa. Esposte alcune considerazioni, l'O. conclude che le affermazioni di Loewenstein nel campo speciale delle malattie nervose come del resto quelle dello stesso Autore in altri campi, allo stato attuale delle conoscenze, non possono essere accettate.

Il Segretario: INTROZZI.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 13 gennaio 1934-XII.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

Vegetazioni adenoidi.

Prof. S. CITELLI. — Per vegetazioni adenoidi s'intende l'ipertrofia della tonsilla faringea la quale per la sua sede — e non per la sua struttura e la sua funzione che sono identiche a quelle delle altre tonsille — quando è ipertrofica, con frequenza, dà luogo a 3 gruppi di malattie.

Le vegetazioni adenoidi infatti: 1) rendono spesso insufficiente la respirazione nasale e rendono suscettibili gli infermi alle corizze acute e croniche e anche a consecutive bronchiti catarrali e alla tubercolosi; 2) provocano con frequenza lesioni dell'orecchio medio, e cioè o forme secche con diminuzione d'udito (stenosi tubariche o catarri della cassa), oppure dolori d'orecchio e suppurazioni timpaniche con le loro conseguenze; 3) specialmente verso l'epoca della pubertà provocano con frequenza alterazioni citologiche e funzionali sopratutto della preipofisi, che spesso si accompagnano a infantilismo, a una speciale sindrome psichica (svogliatezza, smemoratezza, sonnolenza), a disturbi genitali e non molto di rado anche a una forma per lo più lieve di sindrome adiposo-genitale.

Per le suddette ragioni, e poichè le vegetazioni adenoidi si riscontrano nel 25 % circa dei bambini e la loro diagnosi e cura sono facili e sicure, la conoscenza di questa malattia e delle sue conseguenze ha una considerevole importanza sociale.

Sul ricambio dell'acqua nella genesi dell'epilessia.

S. PLATANIA. — L'O. conferma i risultati delle recenti ricerche che tendono a far assumere grande importanza al metabolismo dell'acqua nella genesi degli accessi epilettici. Somministrando acqua e preparati antidiuretici di lobo posteriore di ipofisi, è riuscito a provocare nel 55 % degli epilettici studiati, crisi convulsive comiziali. In questi casi con risultato positivo, estratti di lobo anteriore di ipofisi sono stati di efficacia nulla. Nei soggetti non epilettici studiati non si è avuto alcun risultato positivo. Il metodo ha anche valore diagnostico.

Dott. S. GIBILISCO. — *Su un caso di cisti da echinococco della tibia.*

I raggi ultravioletti nella pratica medica.

Dott. R. ZOCCA-NICOSIA. — L'O. mette in rilievo il ruolo importante di questa nuova branca dell'Actinoterapia, illustrando casi di malattie veneree e loro complicanze trattate coi raggi ultravioletti, con risultati soddisfacenti.

Il Segretario: Prof. G. DI MACCO.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta dell'11 gennaio 1934-XII.

Presidente: Prof. PIO BASTAI.

Il trattamento chirurgico dello strabismo col Myocompter di Lacarrere.

Dott. G. GRANDI. — L'O., dopo la descrizione dell'apparecchio e delle modalità dell'intervento, ne enumera i vantaggi e le indicazioni.

Il sintomo di Lesieur: rilievi semeiologici e semeiogenetici.

Prof. A. TERZANI. — L'O. riprende in esame il sintomo di L. a ciò indotto da esigenze di ordine dottrinale e da questioni di ordine pratico. Mentre ne dichiara scarsa la frequenza e non assoluta la specificità nella infezione tifosa, egli esprime la opinione che — vagliate le varie ipotesi patogenetiche emerse — in base a esami clinici e radiologici personali si debba interpretare il s. come dovuto a uno spostamento in alto del limite superiore della ottusità epatica per ingrandimento e dislocazione dell'organo per la quale valgono la spinta viscerale dal basso e la ipotonia della volta diaframmatica.

Seduta dell'8 febbraio 1934-XII.

Presidente: Prof. C. COMBA.

Röntgenterapia delle forme infiammatorie acute della pelle.

Dott. B. LO VULLO. — L'O., partendo dal lato biologico della spiccata radiosensibilità dei processi infiammatori acuti, ne ha trattato alcuni casi interessanti il tegumento cutaneo, con applicazioni Röntgen e, in armonia con quanto hanno notato altri esperimentatori, con risultati veramente lusinghieri.

Ritiene che questo genere di terapia per la facilità della tecnica, per la sua innocuità, per l'assenza di qualunque reliquato, sia da considerare come terapia di elezione preferibile a qualunque altro presidio terapeutico.

Insiste a che essa venga istituita il più sollecitamente possibile poichè, in tal guisa, è facile evitare i fatti suppurativi, ed ottenere quindi la guarigione per riassorbimento.

I Segretari: Proff. L. PICCHI - P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 27 gennaio 1934.

Presidente: Dott. GIULIO LEPRI.

Dott. M. BOSCHETTI. — *Sulla possibilità di utilizzare gli apparecchi e le ampolle da Roentgenterapia per la misurazione della coniugata vera ostetrica.*

Sul valore della P. V. in clinica.

Dott. A. M. MICHELAZZI. — L'O., sulla scorta di oltre 300 determinazioni di pressione venosa eseguite in individui affetti da malattie dell'apparato respiratorio, cerca di determinare quale sia il giusto valore da ascriversi nella pratica clinica a questo mezzo d'indagine. Egli ritiene che la misurazione della P. V. possa riuscire veramente utile a svelare gradi incipienti di iposistolia in individui in apparente, perfetto compenso all'esame clinico.

Nei casi di cardiopatie in scompenso dichiarato, destro, sinistro o totale, la P. V. può servire a valutare a mezzo di cifre il grado dell'iposistolia ma non aggiunge alcun dato nuovo ai comuni segni clinici di un'insufficienza di cuore.

Si intrattiene quindi sulla misurazione bilaterale della P. V. nelle sindromi mediastiniche.

Sul comportamento della lipemia dopo carico di glucosio nei soggetti normali.

Dott. BRUNO BRUNELLI. — Su questo argomento l'O. ha condotto 2 serie di ricerche: l'una in soggetti normali, l'altra in conigli. Ha determinato nei primi la curva lipemica secondo il metodo di Bang-Condorelli dopo carico di glucosio a digiuno (1 gr. e mezzo di glucosio pro kilo in acqua per os); nei secondi il rapporto fra acidi grassi insaturi e acidi grassi saturi nel fegato (secondo un metodo dall'O. stesso elaborato) dopo un'ora dalla somministrazione di glucosio per via endovenosa (10 cmc. di una sol. di glucosio al 20 %).

Nei soggetti normali il carico di glucosio provoca un aumento notevole e persistente della frazione fosfatidica mentre i grassi neutri diminuiscono.

Le altre frazioni lipoidee non mostrano un comportamento ben netto e costante.

Nel fegato di conigli uccisi dopo un'ora dalla somministrazione di glucosio per via endovenosa si nota una diminuzione globale della percentuale di acidi grassi ed uno spostamento del rapporto tra acidi grassi insaturi e acidi grassi saturi, a favore dei primi.

Da questi rilievi l'O. crede di poter concludere che con ogni verosimiglianza l'iperfosfatidemia da carico di glucosio è dovuta ad una mobilizzazione dei depositi grassosi del fegato e ad un aumento delle sue proprietà desaturanti e fosfatido-sintetizzanti.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

A proposito di un caso di actinomicosi toraco-polmonare.

Affezione relativamente rara (15-20 %) delle *localizzazioni actinomicotiche*. Bastenie, Millet, Slosse e Wybann (*Le Scalpel*, n. 44, 4 nov. 1933) ne descrivono un caso tipico in un uomo di 36 a. che da molti anni aveva un'affezione pulmonare con l'aspetto clinico di tubercolosi, ma non si era riuscito a dimostrare il bacillo di Koch. Si sviluppò un ascesso freddo toracico a destra con pus actinomicotico, nel quale fu dimostrato il fungo raggiato.

A carico dei polmoni si notava una condensazione massiva del polmone destro, sopratutto marcata alla base; esistenza di una caverna a livello del 3° e 4° spazio intercostale in avanti; tendenza marcata alla retrazione; retrazione costale inferiore ecc. Successivamente formazione di piccoli ascessi toracici. Le cure iodiche e röntgenterapiche non diedero risultati favorevoli e dopo 2 anni il paziente venne a morte. Si rinvennero lesioni actinomicotiche distruttive dei pulmoni, specie a destra, accompagnate da pachipleurite, da sclerosi e formazioni di caverne.

Le vie di infezione polmonare sono la inalazione, la propagazione da lesioni cervicali o mediastiniche, o per via ematica.

I segni clinici sono gli stessi della tubercolosi polmonare, della dilatazione bronchiale, della gangrena polmonare, dell'ascesso del polmone.

La presenza dell'actinomicosi nell'espettorato ne dimostra la natura; ma quando si aggiungono i piogeni comuni l'espettorato perde le caratteristiche ed è difficile identificare il fungo. Lo stesso può verificarsi per lesioni attinomicotiche fistolizzate.

Anatomopatologicamente l'attinomicosi polmonare si manifesta con la formazione di un tessuto granulomatoso, che tende alla necrosi centrale, con tendenze a sclerosi perifocale e formazione di fistole estese. Si possono avere forme ad ascessi disseminati, forme bronchiali e peribronchiali, forme broncopolmonari. La propagazione al tessuto polmonare sano si può avere per inalazione secondaria e per fistolizzazione.

In genere le caverne attinomicotiche sono piccole.

L'evoluzione della malattia è quasi sempre fatale; la durata è spesso lunghissima, e si ha la morte per degenerazione amiloide degli organi.

Nei casi precoci lo ioduro di potassio ritarda l'evoluzione. È stata usata la radioterapia in qualche caso. A volte sono state praticate exeresi estese fino alla lobectomia. JURA.

Blocco del frenico ed esame della funzione respiratoria prima della frenicoexeresi.

La frenicoexeresi pure essendo un intervento in generale innocuo, può dar luogo in un certo numero di casi, specie se bilaterale a seri fatti di insufficienza respiratoria. Si sono perfino verificati dei casi di morte.

Il Naegeli (*Klin. Woch.*, 1933) si ripromette una completa scomparsa di tali esiti nefasti della frenicoexeresi con la diffusione di una pratica da lui seguita e che consiste nel bloccare in malati in condizioni tali da non essere sicuri dell'esito dell'intervento, il frenico con una iniezione di novocaina. Quindi viene praticato un esame funzionale completo della funzione respiratoria dai cui risultati si fa dipendere l'intervento o meno. Particolare attenzione va rivolta all'esame radiografico. Fenomeni di insufficienza leggera respiratoria associati ad una risalita cospicua del diaframma non destano preoccupazione notevole.

Più preoccupanti sono fenomeni di ins. respiratoria nel corso di un blocco frenico accompagnati da una risalita scarsa del diaframma. Tale discordanza rappresenta — se molto accentuata — una controindicazione assoluta.

Il blocco va praticato a cielo scoperto con una soluz. all'1 % di novocaina e dura circa 2-3 ore. A. CALÒ.

La puntura precoce delle pleuriti essudative.

F. Lourmel (*Münch. Med. Wochens.*, 2 giugno 1933) è favorevole alla puntura precoce nelle pleuriti essudative, in quanto che l'astensione prolungata può portare conseguenze nefaste. La persistenza prolungata del versamento favorisce la formazione di fibrina e, per conseguenza, quella di aderenze, sicchè ne può risultare un disturbo funzionale permanente ed, in ogni caso, l'impossibilità di praticare un pneumotorace se, in seguito questo si rendesse necessario.

La puntura precoce non sempre fa abbassare la febbre nè impedisce la nuova formazione di versamento, ma ad ogni modo è da considerarsi innocua.

L'A. consiglia pertanto di praticarla più completa che sia possibile, evitando incidenti mediante iniezione di aria nella cavità pleurica; il pneumotorace sarà poi mantenuto se lo stato del polmone lo rende necessario. I risultati immediati sono soddisfacenti. *fil.*

Il trattamento medico delle bronchiectasie.

Girbal (*Presse médicale*, 20 gennaio 1934) consiglia di agire anzitutto contro l'infezione mediante le iniezioni di vaccini polmonari, tipo *amfo*, a 4 giorni di distanza aspettando che ogni reazioni sia terminata. Le iniezioni si fanno alla regione sottoscapolare a serie

di 6, incominciando da 2/10 di cmc. e salendo gradatamente fino ad 1 cmc. alla quinta e sesta. Ripeterle ogni 6 mesi.

Negli attacchi acuti, trattamento pure con vaccino, saggiando la suscettibilità del malato ed incominciando con 1/10 ed associandovi le iniezioni endovenose di alcool.

Nelle forme fetide non febbrili le iniezioni endovenose di alcool dànno dei miglioramenti notevoli e talvolta la scomparsa rapida e durevole del fetore. Si fanno serie di 10 iniezioni (2 volte la settimana), incominciando con 10 cmc., poi 20 e 30; l'alcool va diluito al 1/5.

Sul tessuto polmonare, si può agire mediante la opoterapia polmonare continuata a lungo (per 15 giorni al mese, 50 cg. di estratto polmonare ad ogni pasto). *fil.*

Il trattamento del raffreddore nel bambino.

In linea generale, il trattamento locale della coriza è sempre inutile e spesso nocivo; le instillazioni ed alcune inalazioni pretese abortive non hanno altro effetto che di irritare la mucosa e di rendere la coriza più intensa. H. Jumon (*Bulletin Méd.*, 6 genn. 1934) conferma questo modo di vedere, ma osserva che bisogna in parte accontentare il pubblico, oggi troppo istruito in proposito di fare qualche cosa.

Evitare, ad ogni modo, le consuete instillazioni delle soluzioni oleose del commercio, dell'adrenalina e del collargolo. Tre prese al giorno di 25 ctg. di salicilato di sodio costituiscono un procedimento inoffensivo e talora utile.

Le inalazioni di qualche goccia di acetone sopra un fazzoletto decongestionano la mucosa, ma non impediscono il decorso del raffreddore; analogamente agisce l'instillazione di adrenalina, con la quale, però, l'effetto costrittivo è seguito da una vasodilatazione peggiore di quella primitiva. Ad ogni modo, qualche buon risultato si può ottenere con l'olio adrenalinato a 1/1000; 3 gocce, 3 volte al giorno.

Alle soluzioni acquose di sali d'argento (che disseccano troppo la mucosa), si ricorrerà soltanto allo stadio purulento (Collargol in siero fisiologico a 1/100; Pròtargol in acqua distillata a 0,5-2 %).

Se anche non molto utili, sono inoffensive le instillazioni di olii o di pomate al gomenolo od eucaliptolo a 1-2 %; in olio di oliva 4-5 gocce 3 volte al giorno; per la pomata: Eucaliptolo cg. 15; Acido borico g. 4; Vaselina g. 20.

La vaccinoterapia nasale dà risultati incostanti, ma ad ogni modo è inoffensiva.

Astenersi dal mentolo e dalle lavature nasali!

Se la coriza tende a discendere ai bronchi, saturare la camera con vapori balsamici e fare delle inalazioni. Versare, a tale scopo, della tintura di benzoino e del tolù (ana) 30 gocce in una casseruola di acqua bollente. Per le inalazioni, usare: Balsamo del Perù g. 3; Acqua di lauroceraso g. 10; Tintura di benzoino g. 20; Tint. di eucalipto g. 40. Far bollire nella stanza un litro d'acqua in cui si mettera un piccolo pugno della seguente miscela: Radice d'altea, Foglie di eucalipto, Foglie di datura, Fiori di sambuco, ana 50 grammi. *fil.*

SEMEIOTICA.

L'analisi biochimica dell'urina.

Il metodo di analisi di cui si occupa E. Freund (*Wiener klin. Wochens.*, 29 dic. 1933) consiste nell'aggiungere alla urina del paziente il nucleoproteide di determinati organi e di vedere quali modificazioni subisce, concludendo, in caso positivo, per la malattia dell'organo di cui è stato aggiunto il nucleoproteide.

A 20 cmc. di urina fresca, si aggiungono 2 gocce di soluzione di soda al 10 %, in modo da renderla alcalina e circa ½ cmc. di estratto d'organo (a circa 0,05 % di contenuto in azoto) e la decima parte di soluzione di tricresolo al 3 per 1000. Si divide il tutto in due metà; ad una si aggiunge dell'acido acetico per rendere visibile l'intorbidamento dato dal nucleoproteide, l'altra si mette in termostato a 37°.

Dopo 10 ore, si aggiunge a questa dell'acido acetico; (oppure una soluzione cloridrica di pepsina). Nell'urina di individui normali, manca ogni intorbidamento, il che significa che il nucleoproteide è stato demolito. Nelle urine di malati, si ha invece un intorbidamento maggiore o minore secondo la gravità della malattia. Se ne trae la conclusione che, in quelle malattie, manca od è scarsa la normale nucleoproteidase, che si ha invece nell'urina normale.

Condizioni essenziali per la riuscita è l'uso di urina fresca e di un buon preparato di nucleoproteide; è agevole ottenere un nucleoproteide secco ben conservabile, ma invece non è conservabile la soluzione. Recentemente, però, F. Kaser è riuscito, mediante la sospensione della sostanza precipitata con acido acetico, ad ottenere un preparato che si può usare direttamente e che è stabile.

Quando si fa la prova con estratti di diversi organi, si vede l'intorbidamento soltanto nella provetta con l'organo realmente malato: in 11 casi di polmonite soltanto con il polmone, in 3 di malattie cerebrali solo col cervello, in 4 di tifoide, soltanto con la milza e l'intestino tenue. La sconcordanza con la clinica, si è avuta, nella seconda serie di 533 casi, soltanto nel 5.4 %.

Le malattie in cui è stata fatta la prova sono le seguenti; facciamo seguire, fra parentesi, al nome della malattia la sostanza usata. Ascessi (pus, linfoghiandole); anemia perniciosa (fegato); angina (tonsille); appendicite

(appendice); colite (intestino); diabete (pancreas); eclampsia (ovaia, rene); malattie cardiache (cuore ed aorta); malattie cerebrali (cervello); ossa (midollo osseo); malattie epatiche (fegato); leucemia (fegato, rene, milza); malattie polmonari (polmone); malattie gastriche (stomaco); malattie renali (rene); otite (pus); malattie ovariche (ovaia); pancreatite (pancreas); pielite (rene); malattie midollari (midollo); trombosi (aorta). In 85 casi di carcinoma, la ricerca è stata positiva in 80 con l'estratto di carcinoma e, p. es., nei 4 carcinomi del fegato, positiva con l'estratto di carcinoma e quello di fegato. *fil.*

L'esame di urina nella donna.

S. Orlandini Mattos (*Annaes paulistas de med. e cirurgia*, dic. 1933) richiama l'attenzione sui risultati fallaci che si hanno spesso nell'esame di urina della donna, perchè vi si mescolano prodotti provenienti dalla vulva e dalla vagina. In 12 casi ha trovato presenza di albumina, leucociti, pus e sangue, mentre nell'urina delle stesse donne estratta col catetere l'albumina si trovava soltanto in 2 casi ed in quantità scarsa, il pus in uno ed il sangue pure in uno, i leucociti erano in quantità assai minore.

L'osservazione dell'A. è giusta, ma la frequenza e la quantità dei prodotti extraurinari sembra eccessiva. Per evitare l'inconveniente (il più spesso si tratta di leucociti provenienti da secrezioni vulvo-vaginali e ritenuti invece provenienti dalle vie urinarie superiori), l'A. sconsiglia il cateterismo sistematico, che potrebbe essere una via d'infezione, e consiglia di far lavare accuratamente i genitali esterni e di scostare le grandi labbra nell'atto del mitto. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Periodicità del metabolismo dei carboidrati e funzionamento ritmico del fegato.

J. Möllerström (*Arch. f. int. Med.*, nov. 1933) ricorda come la curva glicemica varii spontaneamente nelle varie ore del giorno, e come l'introduzione della stessa quantità di cibo possa essere seguita dalle più varie reazioni glicemiche.

Basandosi sulle ricerche di altri AA., ma sopratutto di Forsgren, egli ritiene che questa instabilità di risultati debba attribuirsi ad un fenomeno fisiologico caratteristico della funzionalità epatica; quest'organo, infatti, presenterebbe oscillazioni periodiche delle sue attività glicogenetica e biliare, alternando fasi in cui la sintesi del glicogeno è prevalente, mentre la bile è escreta in grande quantità, con altre in cui il glicogeno è scarsamente accumulato e la bile è invece ritenuta.

Nel primo periodo, verso la metà del giorno, vi è tendenza alla ritenzione dei carboidrati nell'organismo, con diminuzione spontanea della glicemia e della glicosuria; nel secondo, nella notte e al mattino, le condizioni sono invertite.

Codesta periodicità endogena del metabolismo degli idrati di carbonio ha naturalmente grande importanza nell'interpretazione della tolleranza alimentare dei diabetici e nella guida alle cure insuliniche. V. SERRA.

VARIA

Il lince.

Chi legge la ben nota « Storia di San Michele » di Axel Munthe può rimanere meravigliato nel sentire annoverare fra gli animali della Lapponia il lince. Nella mente dei più, il lince è una bestia favolosa che si ricorda soprattutto per la vista acuta che, secondo l'antica leggenda, passava le pietre, qualità che la mitologia greca attribuì a Linceo, il pilota degli Argonauti, figlio di Poseidone e di Arene. Non si è nemmeno d'accordo sul sesso della parola, poichè i letterati tendono a femminizzarlo (la lince), mentre i naturalisti lo mascolinizzano.

Il lince è un felino che, nei paesi dove abbonda, fa talvolta delle vere stragi del gregge; un'invasione di linci si ebbe nel primo ventennio del secolo scorso sulle Alpi presso Saluzzo.

Carnivoro ed arrampicatore, dall'albero su cui si nasconde, balza sulla schiena delle capre e dei montoni, attaccandovisi con gli artigli e spezzandone la nuca: si ciba del cervello e dei visceri, beve il sangue, lacera la preda a colpi di artigli e, nella sua rabbia sanguinaria, uccide talvolta 30-40 capi di bestiame.

Una volta era molto diffuso. Roma lo vide per la prima volta nei giuochi del circo che celebrarono Pompeo. Plinio ne parla, attribuendogli la figura del lupo e le macchie della pantera.

La leggenda ha ricamato molte fantasie su questo animale a cominciare da quella della vista acutissima. Si credette, fra l'altro, che l'urina del lince, pietrificata, desse origine a vari minerali ed anche al succino. E la pietra del lince possedeva virtù maravigliose, anche mediche, essendo fra l'altro vantata come un famoso litontritico, mentre l'urina fresca di questo animale era un buon rimedio contro la disuria e le ceneri degli artigli e della pelle, ingerita, calmavano gli ardori del libertinaggio.

Ora, il lince è scomparsa dalla maggior parte dei paesi d'Europa; ne sussistono ancora, ma rari, nella Spagna, in Romania, nei Carpazi, nella Polonia, nonchè all'esterno Nord, in Svezia, in Finlandia, in Lapponia, dove si rifugiano ancora i gipaeti e gli orsi, ultimi esemplari di una fauna che con l'estendersi della civilizzazione, va scomparendo. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Assistenza ostetrica - Protezione della maternità.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica, Divisione Sesta, Sezione Prima) ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno e Autorità assimilate la seguente circolare in data 12 febbraio 1934-XII, n. 20.200-1:

Il numero delle donne che annualmente muoiono per infezioni puerperali e per affezioni varie in conseguenza del parto, sebbene notevolmente ridotto rispetto al passato, si mantiene ancora in cifre considerevoli ed intorno alle 2900 morti per anno.

Si calcola che su 10.000 parti le perdite di gestanti per infezioni puerperali sono circa 10, e che, per tutte le affezioni in dipendenza del parto, la mortalità delle gestanti è circa 27 per diecimila parti.

Trattasi, perciò, di un importante fatto demografico e sanitario che va tenuto in particolare considerazione e che richiede adeguati e pronti interventi delle autorità preposte alla tutela della Sanità Pubblica, tanto più urgenti, poi, quando si consideri che, se non tutte, almeno la maggiore parte delle cause determinanti possono essere eliminate.

Il Regime ha emanato sull'argomento un complesso organico di provvedimenti, che trovano la più significativa espressione nella legge per la protezione della maternità e dell'infanzia, e nelle disposizioni sulla Cassa Nazionale di Maternità e sulla tutela delle operaie durante lo stato di gravidanza e di puerperio. Ora i fatti accennati precedentemente rilevano la necessità di sviluppare e completare l'assistenza alla maternità durante la gestazione, durante il parto e durante il puerperio.

* * *

Su queste necessità si richiama l'attenzione delle EE. LL. interessando a volere esaminare l'organizzazione data e l'integrazione da dare ai seguenti servizi, che pel momento richiedono maggiore bisogno di intervento, provvedendo a:

1) Sviluppare *le consultazioni mediche per gestanti* al fine non soltanto di dare utili norme e di curare che la gestazione si svolga nelle condizioni più favorevoli per il feto e per la donna, ma di accertare preventivamente l'esistenza di malattie, di anomalie o di difetti di conformazione anatomica che possano ostacolare o rendere difficile e pericoloso il parto, in modo da averne indicazioni per consigliare il ricovero tempestivo della gestante in istituti ostetrici.

2) Assicurare la normale e completa *assistenza ostetrica* in tutti i Comuni e nelle frazioni di essi, curando che le partorienti povere vengano fornite a domicilio di pacchi ostetrici e di oggetti sterilizzati per garantire che il parto si svolga, per quanto possibile, nelle più favorevoli condizioni.

A tale proposito si richiamano le istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici approvate con Decreto 17 maggio 1930, che trovano ampia illustrazione nella relazione allegata alle istruzioni stesse.

3) Assicurare nella provincia la funzione di *sezioni ospedaliere per partorienti* dirette da personale specializzato. È questo un problema di fondamentale importanza. La donna, nel momento del parto o nella imminenza di esso, quando questo possa richiedere interventi più complessi della semplice assistenza ostetrica, o quando, per le condizioni dell'ambiente, il parto non può svolgersi con sufficienti garanzie igieniche, deve poter trovare ricovero in istituto idoneo.

Occorre, poi, vigilare che l'invio delle gestanti negli Istituti assistenziali venga facilitato in tutti i casi, in cui detto ricovero è ritenuto necessario dal medico.

4) *Conoscenza dei casi di morte* della donna e del bambino durante o in conseguenza del parto. È utile al conseguimento dello scopo che l'ufficio dello stato civile, allorquando riceva denunzia di morte in dipendenza dal parto, ne dia immediata notizia all'ufficiale sanitario, che in ogni caso dovrà procedere ai necessari accertamenti per assicurarsi che alla donna è stata prestata la dovuta assistenza ostetrica e riferirne al medico provinciale.

* * *

Nello svolgimento dell'azione per assicurare l'assistenza sanitaria alle madri, le EE. LL. vorranno chiedere eventuali proposte alle Federazioni provinciali per la protezione della maternità e dell'infanzia, e provvedere di intesa con le Amministrazioni ospedaliere e con gli enti pubblici interessati ai detti servizi.

Essi debbono venir specialmente intensificati nei comuni rurali, dove all'alta natalità si associano non raramente deficienze di istituti sanitari e provvidenze assistenziali ospedaliere a favore delle donne durante il parto, curando pertanto l'istituzione od il miglioramento di *reparti ostetrico-ginecologici*, e l'istituzione di *guardie ostetriche* per le zone rurali circostanti.

Le nuove norme sugli stupefacenti.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il R. D. L. contenente le nuove norme sugli stupefacenti. Ecco le principali disposizioni:

Chiunque in modo clandestino o fraudolento coltiva il papavero (*papaver somniferum L.*) o produce oppio grezzo o anche raccoglie capsule di papavero, ovvero importa, esporta, riceve per il transito, vende o detiene oppio grezzo, foglie di coca o canape indiana allo scopo di farne commercio clandestino o fraudolento o fabbrica, importa, esporta, riceve per il transito, vende altre sostanze o preparazioni stupefacenti o le detiene allo scopo di farne commercio clandestino o fraudolento ovvero le somministra anche gratuita-

mente o le procura ad altri clandestinamente o fraudolentemente, è punito con la reclusione da 1 a 3 anni e con la multa non inferiore a lire 1000.

Chiunque senza aver concorso nel delitto adibisce o lascia che sia adibito un locale pubblico o privato al convegno di persone che vi accedano per darsi all'uso di sostanze stupefacenti, è punito con la reclusione da 6 mesi a 2 anni e con la multa da L. 500 a 10.000. Si aplica la reclusione fino a 6 sei o la multa da L. 1000 a L. 5000 a chi accede nei detti locali per darsi all'uso di sostanze stupefacenti. Chiunque essendo autorizzato a coltivare il papavero (*papaver somniferum L.*) o a produrre oppio grezzo, ovvero a fabbricare, importare, esportare, ricevere per transito, vendere o detenere per vendere oppio grezzo, foglie di coca, canape indiana, altre sostanze o preparazioni stupefacenti, coltiva il papavero o produce oppio grezzo, ovvero fabbrica, importa, esporta, riceve per il transito, vende o detiene per vendere altre sostanze o preparazioni stupefacenti in quantità superiore a quella consentitagli, ovvero le fornisce a persona a ciò non autorizzata o che non dà garanzia di farne uso legittimo per bisogni professionali o scientifici, è punito con la reclusione da 2 a 4 anni e con la multa non inferiore a L. 5000.

Alle medesime pene soggiace chi, essendo autorizzato a vendere sostanze o preparazioni stupefacenti a dose o forma di medicamento, le vende, le somministra senza prescrizione medica o in quantità superiore a quella prescritta o a personale che non sia riconoscibile secondo le norme che saranno stabilite con regolamento, ovvero vende o somministra morfina, diacetilmorfina, cocaina e loro derivati altrimenti che in pomata o in soluzione. E alle medesime pene soggiace chi, esercente una professione sanitaria, rilasci all'infuori del caso di necessità curativa prescrizioni mediche contenenti sostanze o preparazioni stupefacenti ovvero prescrizioni di sostanze o preparazioni stupefacenti superiori alle necessità.

Dopo avere trattato dell'aumento di pena della recidiva e delle pene accessorie per i delitti, il decreto precisa le pene per le contravvenzioni.

Chiunque in luogo aperto, pubblico o aperto al pubblico o in circostanze di qualunque specie è colto in istato di grave alterazione psichica per abuso di sostanze stupefacenti è punito con l'arresto fino a sei mesi o con l'ammenda da L. 100 a L. 2000.

Chiunque, essendo autorizzato a vendere sostanze stupefacenti su dose o forma di medicamento, le vende su prescrizione medica che non sia redatta secondo le norme ovvero omette di annotare sulla prescrizione la data di spedizione, di registrare la prescrizione nel registro copia-ricette o di conservarla in originale, è punito con l'arresto fino ad un anno o con l'ammenda da L. 2000 a L. 5000.

Chiunque, esercente una professione sanitaria, non indica nella prescrizione medica contenente sostanze o preparazioni stupefacenti il cognome, il nome e la residenza delle persone per cui la prescrizione è fatta e tralascia di scrivere in tutte lettere le dosi delle sostanze stupefacenti prescritte e l'indicazione del modo di somministrazione o di applicazione all'infermo nei riguardi del mezzo e del tempo o non appone nella prescrizione la data e la firma ovvero non scrive la prescrizione con mezzi indelebili, è punito con l'ammenda fino a L. 2000.

Chiunque, esercente una professione sanitaria, assiste o visita persona affetta da cronica intossicazione prodotta da sostanze o preparazioni stupefacenti senza farne denunzia entro due giorni all'autorità di P. S., è punito con l'ammenda fino a L. 2000.

Il decreto infine detta le norme per il ricovero coattivo in case di salute degli intossicati da stupefacenti, per le misure di sicurezza e i provvedimenti amministrativi.

Il decreto si applica anche nelle Colonie e nel possedimento dell'Egeo.

Ordinanza di sanità marittima.

Con decreto del Ministero dell'Interno — pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » — sono sottoposte alle misure prescritte dall'ordinanza di sanità marittima: nei riguardi della peste, le provenienze: per l'Africa: da Dakar e da tutti i porti del Senegal; da Alessandria e da Port Said (Egitto); da tutti i porti del Madagascar; per l'America: da Buenos Aires e dai porti delle provincie di Santa Fè e Buenos Aires; da tutti i porti del Perù; per l'Asia: da tutti i porti dell'Isola di Ceylon; da tutti i porti dell'India inglese compresi fra Moulmein e Karaki; da tutti i porti dell'Indocina francese; da tutti i porti della Manciuria; per l'Oceania: da tutti i porti dell'Isola di Giava (Indie orientali olandesi); nei riguardi del colera, le provenienze: per l'Asia: da Pondichery (India francese); da tutti i porti della Birmania, del Bengala e delle Presidenze di Madras e Bombay (India inglese); da tutti i porti dell'Indocina francese; per l'Oceania: da tutti i porti delle Isole Filippine; nei riguardi del tifo esantematico, per le provenienze: per l'America: da tutti i porti del Cile.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *Municipio.* — Scad. 60 giorni dal 10 febbr.; 3ª e 4ª condotta del capoluogo; titoli ed esami; L. 8000 al lordo del 12 %; c.-v.; età limite 35 a.; doc. a 3 mesi dal 10 febbr. Chiedere avviso.

ANDRIA (*Bari*). — Scad. 31 mar.; per Montegrosso; L. 9000; riduz. 12 %; età limite 30 a.

BRIGNANO FRASCATA (*Alessandria*). — Il Podestà con avviso del 22 febbraio rende noto che è aperto, per titoli, il concorso al posto di medico condotto. Scadenza ore diciotto del giorno 22 maggio 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Comunale di Brignano Frascata.

CAGLIARI. *Comune.* — Scad. 30 mar.; medico di Sezione; titoli ed eventualm. esami; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 30 a.; doc. a 6 mesi dal 14 febbr.

CARRARA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 31 mar.; aiuto chirurgo; L. 7200 oltre indennità concesse ad altri sanitari.

CATTOLICA. — (Vedi FORLÌ).

CHIETI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — A tutto il 7 maggio p. v. è aperto il concorso per titoli al posto di Direttore del Consorzio e del Dispensario provinciale antitubercolare di Chieti, con lo stipendio iniziale di L. 18.000, al lordo delle ritenute d'obbligo, suscettibile di quattro aumenti del decimo, ed alle condizioni di cui al regolamento organico del personale tecnico del Consorzio ed al Capitolato di servizio per il posto di cui sopra. I concorrenti di età non superiore ai 45 anni, salvo le norme a favore degli ex combattenti, dovranno presentare domanda, corredata dei documenti di rito, il diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, conseguito da almeno due anni alla data del presente bando, il certificato di iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici del corrente anno, il certificato da cui risulta l'iscrizione al P. N. F. di data anteriore alla scadenza del termine del concorso, nonchè tutti gli altri titoli, documenti e pubblicazioni comprovanti la specifica competenza in tisiologia, igiene e profilassi sociale della tubercolosi, oltre la tassa di concorso in L. 50. I concorrenti saranno giudicati dalla Commissione esaminatrice prevista dall'articolo 25 del regolamento organico 17 novembre 1933-XII. La nomina dovrà cadere sul primo della graduatoria, ed avrà la durata di un quinquennio, rinnovabile tacitamente per eguali successivi periodi, ove non si sia disdetta almeno tre mesi prima della scadenza del termine. Per ogni eventuale schiarimento rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posti di Ufficiali Sanitari per i seguenti Comuni con lo stipendio a fianco di essi indicato: 1) Acquaformosa L. 2500; 2) Albidona L. 2500; 3) Aprigliano L. 3500; 4) Buonvicino L. 2500; 5) Campana L. 2500; 6) Carolei L. 2500; 7) Cassano al Ionio L. 5000; 8) Cerisano L. 2500; 9) Cerzeto L. 2500; 10) Cropalati L. 3500; 11) Firmo L. 2500; 12) Francavilla Marittima L. 2500; 13) Grimaldi L. 2500; 14) Crisolia Cipollina L. 3500; 15) Maierà L. 2500; 16) Malito L. 3500; 17) Marano Marchesato L. 2500; 18) Mongrassano L. 2500; 19) Rogiano Gravina L. 3500; 20) Rose L. 3500; 21) Rota Greca L. 2500; 22) S. Domenica Talao L. 2500; 23) S. Donato Ninea L. 3500; 24) S. Fili L. 3500; 25) S. Martino di Finita L. 2500; 26) Saracena L. 3500; 27) Spezzano Albanese L. 3500; 28) Spezzano Sila L. 3500; 29) Tarsia L. 2500; 30) Verbicaro L. 3500. Scadenza per tutti i posti, il 31 marzo 1934-XII.

FIORENZUOLA D'ARDA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 15 maggio, ore 17; direttore-chirurgo primario dell'Ospedale Civile; età limite 45 a.; doc. a 3 mesi dal 10 feb.; tassa L. 50,10; stip. L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1700 serv. att. e c.-v.; riduz. 12 %; compartecipaz. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla segreteria dell'Ospedale (corso Garibaldi 17).

FIRENZE. *Comune.* — Scad. 1° mag., ore 18; due condotte; L. 8500 e 8 trienni di L. 710, oltre L. 2000 vettura, L. 1400 indenn. supplementare, addizionale L. 2 sopra i 2000 pov., ecc.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50. Chiedere avviso alla Segreteria Generale.

FORLI'. *R. Prefettura.* — Posto di ufficiale per Cattolica; L. 12.000 aumentabili di un ventesimo ogni biennio, nonchè eventuali diritti di ufficio. Età anni 35; tassa L. 50. Inibito esercizio professionale. Scadenza otto aprile 1934-XII.

FRESONARA (*Alessandria*). — Pòsto di medico condotto nel Comune di Fresonara. Il concorso è per titoli, con scadenza al 15 aprile 1934. Lo stipendio inerente al posto è di L. 7000 annue suscettibili di quattro aumenti quinquennali del decimo. Gli aspiranti dovranno far pervenire alla Segreteria del Comune, nel termine suddetto, la domanda in carta bollata da lire tre indirizzata al Podestà e scritta per intero di loro mano, con firma autenticata dal Podestà del Comune di residenza e corredata dei documenti di rito in competente bollo e legalizzati, unitamente alla tassa di concorso di L. 50,50.

FRINCO D'ASTI (*Alessandria*). — Concorso per titoli al posto di medico condotto. Stipendio L. 8000. Indennità di cavalcatura L. 700. Se incaricato delle funzioni di Ufficiale Sanitario lire 500: il tutto soggetto alle riduzioni e trattenute di legge. Scadenza ore diciotto del 31 maggio 1934-XII. Chiedere l'avviso all'Ufficio Comunale di Frinco d'Asti.

GUASILA (*Cagliari*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

MESSINA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 24 mar.; 4 medici capo-sezioni secondari dell'Ospedale psichiatrico provinc.; L. 11.600 e 3 quadrienni di L. 600, 700 e 800; serv. att. L. 2800.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Scadenza 15 marzo 1934-XII. Per titoli, posto di primario chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde 12 %); compartecipazione 40 % proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40; libera docenza patologia o clinica chirurgica; sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche universitarie od Ospedali oltre 500 letti; almeno dieci anni di laurea. Tassa concorso L. 50,10. Chiedere notizie e Capitolato alla Congregazione di Carità.

NUORO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori di Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale L. 14.000. Indennità di servizio attivo L. 2000. Sono accordati cinque aumenti quadriennali del decimo. Scadenza del concorso: ore diciotto del giorno 26 maggio 1934-XII. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Nuoro.

PAVIA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 31 mar.; assistente presso la Sez. med.-micrograf. del Laboratorio provinc. d'igiene e profilassi; L. 12.000 oltre L. 1000 serv. att., c.-v., percentuale 10 %, 5 aumenti decimali.

PEDAVENA (*Belluno*). — Scad. 13 mar.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; popolaz. oltre 5000 abit.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Coadiutore e posto di Assistente della Sezione Chimica, nonchè posto di Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi di Reggio Calabria. Età massima per l'ammissione al concorso anni 35, salvo le proroghe a favore degli ex-combattenti e quelle previste dai RR. DD. LL. 23 marzo 1933, n. 227, e 1° giugno 1933, n. 641. Non sarà tenuto conto dei limiti di età: per gli aiuti assistenti universitari, o d'Istituti Superiori, per le Facoltà di Medicina e Chirurgia e di Chimica o di Chimica e Farmacia, nominati in seguito a pubblico concorso; per i dipendenti da altre Amministrazioni; e per coloro che alla data del bando di concorso prestino ininterrotto servizio, anche per effetto di incarico provvisorio, da almeno tre anni, presso Laboratori d'igiene e profilassi dipendenti dallo Stato o da Enti pubblici. Da esibire, entro il 20 marzo 1934, i consueti documenti di rito. Competenze: per il Coadiutore, stipendio annuo lordo di L. 13.700, aumentabile a L. 14.300 dopo 4 anni, a L. 15.100 dopo otto anni ed a L. 16.000 dopo dodici anni; indennità servizio attivo L. 3500 annue lorde. Per ciascuno dei due Assistenti, stipendio annuo lordo di L. 11.600, aumentabile a L. 12.200 dopo 4 anni, a L. 12.900 dopo otto anni ed a L. 13.700 dopo 13 anni; indennità servizio attivo L. 2800 annue lorde. Tutte le competenze sono soggette alla riduzione del 12 %. Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorso per allievo Ispettore Sanitario. Età massima 34 anni al 3 gennaio 1934; per invalidi di guerra o Causa nazionale 43 anni, con prolungamento per combattenti (anni 5), per inscritti al P. N. F. prima del 28 ottobre 1922 (altri 4 anni). Esami scritti di medicina e chirurgia; orali di patologia e chimica medica e chirurgica, nozioni di otoiatria, oculistica, igiene e polizia sanitaria, psicotecnica, legislazione sanitaria, diritto corporativo e statistica. Prova facoltativa di igiene pratica applicata e di lingue estere. Scadenza 12 marzo, ore 17. Per ulteriori informazioni e programmi, rivolgersi alle Sedi di compartimento delle Ferrovie Stato od alla Direzione Gen. F. S., Serv. Personale e Affari Generali, piazza Croce Rossa, Roma.

ROMA. *Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubbl.).* — Concorso per esami a 9 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe in prova; stip. L. 12.200 oltre L. 2200 serv. att. e aggiunte di famiglia; periodo di prova non inferiore a mesi sei, con stipendio mensile di L. 800, oltre aggiunta di famiglia; riduz. 12 %.

Concorso per esami e titoli a 2 posti di assistente medico nel Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direz. Gen. predetta (grado 9°); stip. L. 14.400 oltre serv. att. L. 3000 e aggiunte di famiglia; riduz. 12 %.

Per i due concorsi età limite 35 a.; doc. a 3 mesi. Scad. 90 giorni dalla pubblicaz. nella « Gazz. Uff. » (3 febbraio). Chiedere annunzio alla Direz. Gen. predetta od alle RR. Prefetture.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Concorso a 40 posti di tenente in servizio permanente effettivo nel corpo sanitario militare (ruolo ufficiali medici) del R. Esercito; età limite 32 a. Scad. 60 giorni dalla pubblicazione del Decreto nella « Gazz. Uff. » (19 genn.). Il Decreto è anche pubblicato nel « Giorn. Med. Militare » (30 genn.).

VAIRANO PATENORA (*Napoli*). — Scad. 24 apr.; L. 9500; riduz. 12 %; indenn. cavalc. da fissare anno per anno; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale. Stipendio L. 19.000 oltre a L. 5000 di indennità di servizio attivo lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio. Riconoscimento del servizio prestato altrove fino a due quadrienni. Scadenza ore dodici del 25 aprile 1934-XII. Richiedere avviso alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Vercelli.

VICENZA. *Comune.* — Scad. 10 mar.; VII condotta; L. 9500 e 6 quadrienni 10 %, oltre L. 300 ambulat., L. 600 serv. att., indenn. famiglia, lire 800-1800 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

VOLPIANO (*Torino*). — Scad. 11 mag., ore 18; rivolgersi Segret. comun.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Senato del Regno si è arricchito di un bel nome della scienza medica: quello del prof. Luigi Devoto, il quale, com'è noto, ha restaurato l'insegnamento e lo studio della patologia del lavoro in Italia e all'Estero ed ha contribuito con efficacia alla recente legge italiana sull'assicurazione contro le malattie del lavoro.

Il prof. Hans von Meyenburg, ordinario di anatomia patologica, è nominato rettore dell'Università di Zurigo; il prof. H. W. Maier, ordinario di psichiatria, è nominato decano della Facoltà medica della stessa Università.

Alle due cattedre di clinica medica di Monaco sono stati chiamati i proff. Schittenhelm di Kiel e Stepp di Breslavia, in sostituzione dei proff. F. von Müller ed E. von Romberg (di cui il primo andato a riposo, l'altro defunto).

Il prof. H. v. Baever, di ortopedia all'Università di Heidelberg, andato a riposo per la nuova legge federale sugli impiegati, è stato invitato al Collegio Medico Femminile di Filadelfia, per un corso di conferenze.

Il dott. Max E. Obermayer, allievo del prof. Matznauer di Graz, è nominato professore di dermosifilografia all'Università di Chicago.

Il prof. Roger Adams, direttore dell'Istituto chimico dell'Università di Illinois a Urbana, è nominato presidente della Società Chimica Americana. I suoi studi hanno avuto larghe applicazioni in medicina, particolarmente quelli sugli anestetici ad azione locale e quelli sui derivati dell'olio di chaulmoogra.

Il dott. W. A. Jessup è nominato presidente della Fondazione Carnegie per il progresso della scienza. Assumerà la carica il 1° maggio 1934 e lascerà invece quella di presidente dell'Università statale di Iowa; succede al dott. H. Suzzallo.

L'Associazione dei medici scrittori della Spagna ha assegnato dei premi ai dottori L. N. de Castro e Pelayo Martorelle.

La Società di chirurgia di Boston ha assegnato la medaglia Sturgis Bigelow al prof. Harvey Cushing; i precedenti assegnatari furono: i Mayo, Keen, Matas, Jackson, Turnes, Finney.

Il Governo spagnolo ha assegnato la medaglia dell'Ordine Isabella La Cattolica (degli Ordini cavallereschi della Monarchia è il solo riconosciuto dalla Repubblica) al dott. R. Matas, professore emerito di chirurgia alla Università Tulane di New Orleans. L'Università del Guatemala ha conferito, allo stesso, il dottorato onorario in medicina e chirurgia. La consegna della medaglia e del diploma venne effettuata il 4 dicembre, a New Orleans; la cerimonia fu presieduta dal sindaco della città.

Il dott. Davidson è nominato direttore dell'Ospedale Rotunda di Dublino. Egli ha insegnato per sette anni ginecologia e ostetricia alla Scuola del Collegio Reale dei Chirurghi dell'Irlanda.

All'Istituto di tisiologia di Cordoba (Argentina), recentemente creato, sono stati preposti: quale direttore il prof. Gregorio Aráoz Alfaro e quale vicedirettore il dott. Alessandro Centeno.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Trieste.

La Croce Rossa Italiana a Trieste.

È uscito in questi giorni con elegante veste tipografica il rendiconto 1928-32 dell'Ospedale Marino « Duchessa Elena d'Aosta » diretto dal prof. A. Mezzari.

La prefazione dettata da S. E. il sen. Filippo Cremonesi, Presidente generale della C. R. I. e Ministro di Stato, mette in luce con stile conciso, ma denso di pensiero, il meraviglioso e progrediente sviluppo assunto da questo Istituto nella nuova atmosfera di lavoro e di realizzazioni creatasi in seguito alla Rivoluzione Fascista.

Succeduto al prof. Comisso, ottimo ortopedico e valente studioso, il prof. A. Mezzari ha avuto dapprima l'incarico e quindi la direzione effettiva dell'Istituto, dedicandosi con entusiasmo giovanile al non facile lavoro di riorganizzazione ed aggiornamento sanitario. Opera paziente e lunga, condotta con tenacia e che ha portato ora alla creazione di un Istituto che è certamente uno dei primi d'Europa ed al quale affluiscono pazienti anche da provincie lontane e dall'estero.

Bisogna riconoscere che la Presidenza della Croce Rossa ha assecondato in tutti i modi le richieste del Direttore, e bene fece perchè specialmente qui a Trieste, in prossimità del confine, con buona parte di degenti rappresentati da slavi, ogni attività che possa direttamente o indirettamente tradursi in opera di pacifica penetrazione di italianità è doverosa opera di patriottismo.

Senza soffermarsi in una analisi anche superficiale del materiale clinico documentato da bellissime radiografie, che dimostrano la maturità clinica e operatoria del prof. Mezzari, basti qui ricordare i risultati complessivi dai quali si rileva che su 2080 malati ricoverati, 1305 vennero dimessi guariti (73 %) e 346 prossimi a guarigione.

Solo il 5,3 % di pazienti non potè godere della guarigione, il che è minima cifra se si tien conto che la statistica contempla indistintamente tutto il materiale affluito e quindi anche casi disperati. Analoga riflessione suggerisce la percentuale non epurata delle morti (2,3 %) che è tra le più basse date da altri sanatori analoghi.

Con ciò la Croce Rossa Italiana non si ritiene ancora paga e proprio in questi giorni alla Colonia agricola ottimamente organizzata e redditizia, ha voluto aggiungere l'acquisto di altro terreno vicino, preoccupata di assicurare l'espansione dell'Istituto che è in continua ascensione e che fa onore all'Italia.

Trasferimento della « Pubblica Assistenza » alla C. R. I.

Il comitato di Trieste della C. R. I. nello svolgimento del suo programma, forte dell'appoggio delle Autorità locali e ispirandosi ai concetti di massima e severa organizzazione e collaborazione tra gli Enti assistenziali, analogamente a quanto per disposizione legislativa è già un fatto compiuto in quasi tutte le città d'Italia, ha potuto ottenere la assunzione del servizio di pronto soccorso, prima gestito dalla « Pubblica Assistenza ». Tale passaggio, mentre in ultima analisi non modifica per nulla l'andamento del servizio, d'altro canto mette la C. R. I. in condizioni di mantenere nel necessario addestramento i propri militi,

i quali anche in una recente occasione si sono prodigati in modo meraviglioso.

E Trieste gentile e generosa non dimentica.

L'Ospedale Regina Elena eretto in Ente morale.

Un altro avvenimento nell'ambiente sanitario di Trieste è rappresentato dalla costituzione in Ente morale del grande Ospedale Regina Elena.

Questo immenso edificio accoglie tutti i reparti medici e chirurgici di tutte le specialità, mentre il reparto malattie infettive trovasi alla periferia della città in un complesso di edifici bene attrezzati (Ospedale della Maddalena).

Esso è stato organizzato in parte in questo ultimo tempo per opera dell'attuale direttore prof. Gall, che ha cercato rimediare alle principali deficenze, imputabili sopratutto all'epoca quasi centenaria alla quale risale l'attuale costruzione e alle esigenze organizzative di un grande ospedale moderno.

Molto c'è ancora da fare ed è sperabile che le inevitabili difficoltà economiche contro le quali dovrà combattere il nuovo Ente siano superate mercè una più vasta comprensione della beneficenza pubblica. È infatti necessario costituire all'ospedale stesso una dotazione che, senza aspirare ad essere quella di quasi tutti gli ospedali d'Italia (Milano insegni!), sia almeno tale da garantire una rendita per ridurre le rette di degenza e sopratutto poter svolgere un piano sistematico di lavoro, che non deve escludere la possibilità di una differente ubicazione dell'ospedale con un più razionale dislocamento di reparti in omaggio ai più severi concetti anche di ordine profilattico.

REVOLTELLA.

NOTIZIE DIVERSE.

29° Congresso italiano di dermosifilografia.

La Presidenza della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha ravvisato l'opportunità di indire la prossima riunione della Società nella primavera del 1935. La data esatta e la sede saranno ulteriormente precisate. I temi prescelti per oggetto di relazione sono i seguenti: 1) « Le atrofodermie » (affidato alla R. Clinica dermosifilopatica di Siena); 2) « Le dietoterapie in dermatologia » (affidato alla R. Clinica dermosifilopatica di Milano; 3) « Il valore clinico degli esami del liquor nella sifilide » (affidato alla R. Clinica dermosifilopatica di Palermo).

Anche per la XXIX Riunione sarà seguito il criterio della limitazione delle comunicazioni libere ai soli argomenti di relazione salvo comunicazioni di particolare importanza e urgenza, che fossero giudicate dalla Presidenza degne di eccezione.

Nessuna limitazione invece sarà fatta per la presentazione di casi particolarmente interessanti che i soci intendessero fare.

La Presidenza raccomanda a tutti i soci, che sono nella possibilità di farlo, di portare il proprio contributo specie in ordine ai temi 2° e 3° di più immediato interesse pratico, affinchè un materiale complessivo casistico e statistico il più numeroso possibile sia offerto in discussione alla Società per un più proficuo orientamento.

La Presidenza infine prega i relatori di attenersi alle disposizioni che verranno a suo tempo comunicate circa lo spazio e la data d'invio delle relazioni in tipografia, desiderando che le relazioni stesse, anche nell'interesse dei relatori, giungano ai soci con molto anticipo sulla data della riunione.

1° Congresso internazionale di radiobiologia.

S. E. il Capo del Governo, sentito il parere del Consiglio delle ricerche, ha autorizzato il primo Congresso internazionale di elettro-radiobiologia, di cui abbiamo già dato l'annunzio, e che per iniziativa della Società internazionale di radiobiologia, sarà tenuto a Venezia dal 10 al 15 di settembre prossimo. Hanno già dato la loro adesione al Congresso molti cultori di scienze fisico-naturali e biologiche d'Italia e dell'estero.

Ufficio internazionale di documentazione di medicina militare.

Terrà la sua 4ª sessione di conferenze a Liegi, subito dopo le Giornate mediche belghe, dal 28 al 30 giugno. Sono invitati a parteciparvi tutti gli ufficiali medici. Il programma comprende i temi seguenti: aviazione sanitaria; organizzazione del servizio sanitario nelle retrovie; studio critico della registrazione internazionale delle ferite e delle malattie nella guerra di movimento; immunizzazione contro l'infezione delle ferite di guerra; disimpregnazione tossica della biancheria e degli abiti dei gasati vescicati; guerra batteriologica; processi di disintossicazione; intercambio delle formazioni sanitarie in campagna.

Per le iscrizioni rivolgersi, non oltre il 1° maggio, al direttore dell'Ufficio: lieutenant-colonel médecin Voncken, Hôpital Militaire, Liége, Belgio.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Nella sua riunione periodica, il Direttorio del Consiglio Nazionale delle Ricerche, ha tra l'altro deciso, accogliendo l'invito dell'Alto Commissario di Napoli, la partecipazione del Consiglio al Congresso della Società Italiana per il Progresso delle Scienze, che avrà luogo il prossimo ottobre in questa città, affidando ad alcuni suoi membri, relazioni su temi di particolare importanza che saranno fissati d'accordo con la presidenza della Società stessa.

Il Capo del Governo ha approvato la nomina dei membri dei Comitati Nazionale del C. d. R. Sono stati nominati per il Comitato Nazionale per la Medicina: prof. Maurizio Ascoli; gr. uff. dott. Gaetano Basile; prof. Carlo Besta; prof. Antonio Cesaris Demel; prof. Paolo Gaifami; prof. Luigi Guglianetti; cav. di gr. cr. dott. Alberto Lutrario; prof. Loreto Mazzetti; prof. Prassitele Piccinini; prof. Luigi Preti; prof. Gustavo Quarelli; sen. prof. dott. Luigi Simonetta; prof. Domenico Taddei; prof. Giuseppe Zagari.

Per il Comitato Nazionale per la Biologia: prof. Marco Almagià; prof. Giuseppe Amantea; prof. Virgilio Ducceschi; prof. Ercole Giacomini; prof. Andrea Giardina; prof. Biagio Longo; prof. Oreste Mattirolo; prof. Giovanni Negri; prof. Umberto Pierantoni; prof. Gino Pollacci.

L'Istituto “ Regina Elena „ a Roma per lo studio e la cura dei tumori.

Le basi di questa istituzione furono gettate in un colloquio che il Duce concesse al compianto senatore Pietro Baccelli, allora presidente degli ospedali fisio-terapici e ai proff. Ettore Marchiafava, Raffaele Bastianelli e Alessandro Messea.

L'Istituto sorge di fronte all'area su cui sta nascendo la nuova città universitaria e ricopre un'area di 12.000 metri quadrati. Otto grandi fabbricati lo compongono disposti armonicamente ed intonati ad uno stile architettonico semplice ed austero. Al piano edilizio corrisponde un'opportuna sistemazione e distribuzione di reparti e di servizi. L'edificio principale ospita al piano terreno la sezione ambulatoria, mentre al piano interrato sono situati gli impianti radio-diagnostici ed i servizi di accettazione degli infermi. Negli altri piani si trovano la sezione biologica e chimica del reparto scientifico, gli uffici del direttore, l'archivio statistico, la sede centrale della Lega italiana per la lotta contro il cancro e la biblioteca. Lateralmente sorge il grande edificio dell'aula delle conferenze, che occupa tutto il primo piano, mentre al terreno trovansi gli uffici amministrativi ed al seminterrato i laboratori di fisica.

La sezione clinica consta di una parte centrale e di tre bracci laterali. Il piano terreno ospita gli impianti di radio-diagnostica, mentre il primo e il secondo piano sono costituiti dalla sezione clinica propriamente detta. Le camere degli infermi sono situate nei tre bracci laterali dell'edificio, mentre nella parte centrale trovansi i servizi accessori. Il terzo piano è occupato dalla sala operatoria con le annesse stanze di sterilizzazione, il laboratorio di analisi chimica, un gabinetto radiodiagnostico ed altri servizi accessori. Lateralmente sono l'alloggio del cappellano e la cappella.

Separati da tutti i precedenti sono l'edificio dell'isolamento, comprendente un apposito impianto di sterilizzazione e una sala operatoria, il fabbricato che ospita le cucine, la guardaroba, l'alloggio del personale. Quest'ultimo è collegato al padiglione clinico mediante un corridoio sotterraneo convenientemente aereato e illuminato. I servizi minori sono sistemati in altri piccoli edifici.

Dal punto di vista dell'organizzazione, l'istituto consta di una sezione ambulatoria, di una sezione per ricoverati in cura e di una sezione scientifica. È importante il criterio informativo del servizio ambulatorio, che ha un indirizzo medico-chirurgico non specializzato per i soli tumori, ma preparato ad estendere l'esame diagnostico a tutti i malati allo scopo di far affluire i portatori di lesioni iniziali o sospette.

Un altro criterio distintivo dell'istituto è la sistemazione dell'ospedale; infatti, anzichè ad una divisione dei vari reparti chirurgico, radio e « roentgenterapia », si è mirato a moltiplicare fra loro i mutui rapporti di contatto e di interdipendenza.

Il reparto scientifico consta di quattro sezioni: biologica, chimica, fisica e anatomia patologica, e l'organizzazione è concepita in modo da agevolare il lavoro.

Una colonia sanatoriale ferrarese nel Trentino.

Il Consorzio Antitubercolare della Provincia di Ferrara, coadiuvato dall'Amministrazione provinciale, è addivenuto alla decisione di erigere una Colonia sanatoriale alla « Vergondola », in Comune di Sies, una delle migliori posizioni del Trentino.

Il preventivo della spesa ammonta a circa 2 milioni e il progetto prevede la comoda sistemazione di 112-140 malati. L'approvazione del Superiore Ministero è di un anno fa ed in questi giorni è stato approntato lo studio definitivo e dettagliato per la costruzione del Sanatorio.

Medici e demografia in Germania.

Nel programma di politica demografica del Governo nazional-socialista si manifesta, ora, la tendenza a fare dei medici, oltre a tutto, anche dei consiglieri d'obbligo prima della conclusione di matrimoni. Il medico, nella nuova teoria nazional-socialista, può e deve assolvere il suo compito di preparare le nuove generazioni coll'aiuto ed il consiglio alle persone che progettano di unirsi in matrimonio. Esso, da queste interpellato, dovrà esprimere il proprio giudizio in tempo sulle condizioni fisiche di ciascun candidato al matrimonio. Per ciò si pensa di svincolare il medico dal segreto professionale e dargli piena facoltà di impedire, con tempestive rivelazioni e avvertimenti, matrimoni dai quali non potrebbe nascere che una prole malsana e deficiente. (Tuttavia sono da considerare anche i pericoli che in questo caso deriverebbero dall'abolizione del segreto professionale medico: p. es. molti pazienti, piuttosto che rivolgersi al medico, preferirebbero di tenersi la malattia o tenterebbero dissimularla, con danno proprio e della società).

Un po' dovunque.

Il 22 febbraio fu solennemente inaugurato l'anno accademico della Scuola d'applicazione di Sanità militare; era presente il direttore della Sanità, ten. gen. Franchi; oratore ufficiale è stato l'on. prof. Eugenio Morelli, segretario del Sindacato nazionale fascista dei medici: egli ha svolto il tema « Il medico nel Regime fascista ».

Secondo le disposizioni del Capo del Governo, nel prossimo ottobre Catania festeggierà il V centenario della fondazione della sua Università, la quale ripete le sue origini dal decreto del 19 ottobre 1434 di re Alfonso d'Aragona che concedeva alla città l'istituzione di uno « Studium Generale ».

Nei giorni 23 e 24 febbraio si è tenuto a Roma, nella sala della Confederazione Generale dell'Industria, il secondo Convegno Nazionale di Radiobiologia. Nelle due sedute del giorno 23 sono state esposte le relazioni; parlarono i proff. L. Petri, V. Rivera, Cazzamalli, Pirovano, Cremonese. Le sedute del giorno 24 sono state dedicate alle comunicazioni. Si è formulato il voto che sorga in Italia un Istituto di biofisica cerebrale e di radiobiologia. La segreteria ha sede in via Icilio 22, Roma (147).

L'« Alliance Scientifique et Médicale Française » ha tenuto la sua 2ª riunione il 3 febbraio, a Bordeaux, sotto la presidenza del dott. Claoué; furono proiettate varie cinematografie scientifiche; vennero in discussione: il caro-costo degli ospedali (in alcuni ospedali francesi i malati importano fr. 53,75 al giorno); il compito dei concorsi nella carriera medica; l'ordine dei medici; la contabilità ospedaliera. La prossima riunione si terrà il 7 aprile. Per informazioni scrivere al Dr. Claoué, rue Scheffer 39, Paris (XVIe).

La Lega belga d'igiene mentale ha organizzato per i giorni 14 e 15 aprile una riunione destinata allo studio del tema: L'opera dell'igiene mentale nei riguardi della delinquenza.

La Società belga di medicina e chirurgia del lavoro organizza per il 24 giugno, nel quadro delle Giornate mediche di Bruxelles, una « Giornata di

medicina del lavoro »; temi: la silicosi, la chirurgia della mano.

La Società Argentina di elettro-radiologia medica ha tenuto il suo primo congresso interno a Buenos Aires nei giorni 20 e 21 novembre 1933, sotto la presidenza del dott. José Guardato. Fu in discussione la terapia dell'ipertiroidismo (elettroterapia, roentgenterapia, radiumterapia).

Dal 6 all'11 novembre si è adunato a San Paolo del Brasile, sotto la presidenza del prof. Alves de Lima, il Congresso Medico Paolista, cui intervennero circa 500 medici. Alla seduta inaugurale, tenutasi nella Facoltà medica, era presente il ministro dell'educazione e della salute pubblica dott. Valdomiro Silveira. I lavori furono divisi in 9 Sezioni. Fu anche organizzata una Mostra.

La Società tedesca di chirurgia si adunerà a Berlino dal 4 al 7 aprile, sotto la presidenza di Kirschner (Tubinga). Temi: « Trattamento delle infezioni piogene e delle loro sequele », relatore Lexer (Monaco); « Chirurgia dell'intestino crasso », rel. Goetze (Erlangen).

La Società medica norvegese (Det Norske Medicinske Selskab) ha celebrato il suo centenario; in tale occasione si è pubblicato un volume, il quale contiene le statistiche sul colera nel 1844 ed il resoconto della conferenza medica sul colera adunatasi in quell'anno a Cristiánia.

La Società Piemontese di Chirurgia si è adunata il 3 febbraio, sotto la presidenza del prof. O. Uffreduzzi; furono fatte comunicazioni dai dottori prof. U. Camera, prof. A. M. Dogliotti, Teneff, Lucca, A. Foà

La Società di cultura annessa alla Scuola medica ospedaliera di Napoli si è adunata il 18 dicembre, sotto la presidenza del prof. G. Tedeschi; furono fatte comunicazioni dai dottori prof. G. Perrotti e E. Di Lauro.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 29 gennaio, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. F. Fabris. Furono fatte comunicazioni dai dottori prof. Opocher, Baroni, prof. Tramontini, Marta.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 15 febbraio; furono fatte comunicazioni dai dottori prof. N. Lovisatti, prof. De Gironcoli, M. Bertolotti.

Hanno avuto luogo in questi giorni i Rapporti interprovinciali dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, successivamente a Milano, Roma, Napoli e Palermo.

Un folto gruppo d'invitati ha visitato, il 20 febbraio, l'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori e ne ha ammirato la grandiosità (consta di 500 ambienti), l'organizzazione e l'efficienza nei riguardi diagnostici, terapeutici e scientifici. Fecero da guida il direttore sen. R. Bastianelli, il vice-direttore dott. Riccardo Moretti, il chirurgo primario prof. Giannuzzi, il capo-servizio del radium prof. Luigi Cappelli, la prof.a Morelli e il dott. De Tivoli, preposti alle ricerche scientifiche.

Il Consorzio Provinciale Antitubercolare di Livorno ha diramato il 9 febbraio una circolare con cui bandisce una campagna di vaccinazione antitubercolare per mezzo del vaccino Maragliano.

Il prof. Burian e il dott. Claoué hanno organizzato due riunioni internazionali d'insegnamento della chirurgia riparatrice, plastica ed estetica: una a Parigi dal 14 al 18 maggio e l'altra a Praga dal 19 al 24 maggio; quote: 300 franchi. Scrivere al dott. Claoué, rue Scheffer 39, Paris (XVIe).

All'ordine dei Medici di Cosenza, avanti ad una folla di medici convenuti da tutta la provincia, il prof. Roberto Falcone, direttore dell'Ospedale Civile, ha rievocato la figura luminosa del prof. Pietro Castellino, tracciando la vita dell'illustre maestro, che partecipò attivamente alla vita medica della Calabria.

Al R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti il prof. Fabio Vitali ha, con commosse parole, commemorato il prof. Papinio Pennato.

« La Medicina Catalana », che si pubblica a Barcellona, intende di associare, ad uno sforzo di decentramento medico nell'interno della Spagna, il tentativo di associare alla Catalogna le regioni limitrofe del mezzogiorno francese, che fanno capo alle Facoltà e Scuole mediche di Bordeaux, Marsiglia, Montpellier, Tolosa, Clermont-Ferrand e Limoges, costituendo così l'« Occitania medica ». Il periodico ha ora bandito un concorso per un modulo-tipo d'interrogatorio medico. Il concorso è scaduto il 1° marzo.

La Facoltà medica di Marsiglia ha organizzato un viaggio medico sulla Costa Azzurra dal 27 marzo al 3 aprile; quota: 100 franchi. Per informazioni rivolgersi alla « Société Médicale du Littoral », rue Verdi 24, Nizza.

L'Alto Commissario di Napoli, accompagnato dal Vice-Provveditore alle OO. PP., si è recato a visitare il grande Sanatorio allo Scudillo, i cui lavori procedono con ritmo celere e saranno al più presto ultimati. Scopo della visita dell'Alto Commissario è stato quello di esaminare sul posto i piani che riguardano la sistemazione dei servizi di fognatura e di somministrazione d'acqua.

È stato tratto in arresto, a Pedavena, l'empirico Benedetto Zanella, di anni 75, il quale aveva curato mediante un impasto di chiara d'uovo e grappa un operaio infortunatosi ad un ginocchio: seguì una gangrena, che ha determinato la morte del paziente.

Esuberanza di materiale.

La straordinaria affluenza di lavori determinatasi presso il nostro periodico ci lusinga, poichè costituisce un indice del credito conseguito; ma ci pone in gravi difficoltà, a causa della necessità in cui veniamo a trovarci di respingere molte offerte.

Ciò malgrado, si è determinata una straordinaria ressa d'impegni e la pubblicazione ritarda spesso eccessivamente. (Per esigenze redazionali varie, non possiamo seguire un ordine cronologico nel dar corso ai lavori).

Ne chiediamo venia agli autori.

Onde arginare l'inconveniente, non costringerci a moltiplicare i dinieghi di pubblicazione e limitare i ritardi, preghiamo gli autori affinchè vogliano essere sobri e concisi, sfrondare i lavori dei richiami storici e delle documentazioni ingombranti, condensare le esposizioni e le considerazioni, ridurre la bibliografia all'indispensabile.

LA REDAZIONE.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — O. H. PERRY PEPPER e G. WILSON. L'acidità gastrica nella sclerosi multipla. — R. A. KILDUFFE. La reaz. intradermica di Bachman nella trichinosi.

Mediz. Klinik, 15 dic. — F. HAMBURGER. L'arte medica. Inchieste sulle indicazioni operatorie nell'ostruzione del coledoco da calcoli.

Brit. Med. Journ., 16 dic. — R. MILLER. La cosidetta acidosi nel bambino. — U. FRIEDMANN e A. ENKELES. Eziologia delle emopatie.

Paris Méd., 16 dic. — Numero di ginecologia e ostetricia.

Jornal dos Clin., 30 nov. — A. LINS. Sindrome di gastro-piloro-duodenite senza ulcus.

Pathologica, 15 dic. — E. CAPPELLI. Gastroesofagite difterica. — G. MEZZACUVA. Oncologia sperimentale.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 dic. — Numero di anat. patolog.

Minerva Med., 22 dic. — E. FILLA, Patogenesi dei fenomeni ipoglicemici.

Presse Méd., 30 dic. — M. CHIRAY e al. Calcemia e calcibilia provocate.

Sperimentale, 27 dic. — M. LEVI. Endocardite da pneumococco. — E. CIARANFI. Immunità locale verso lo stafilococco.

Med. Well, 30 dic. — F. HODER. Le pestilenze.

Practitioner, gen. — Numero sulla dieta nel trattamento delle malattie.

Med. Well, 6 gen. — H. BOHNENKAMP. L'affanno e come lottare contro di esso. — H. EICHHOLTZ. Incompatibilità terapeutiche nuove.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Luglio 1933

Malattie	3-9		10-16		17-23		24-30			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	279	1253	264	1234	260	1360	240	976	—	—
Scarlattina	132	320	140	284	143	296	109	222	—	—
Varicella	134	292	137	257	145	284	9[illegible]	184	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	261	446	293	497	371	617	359	645	—	—
Difterite e Croup	155	275	178	286	169	294	203	351	—	—
Meningite cerebro-spinale	6	10	4	6	6	6	5	5	—	—
Encefalite letargica	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—
Poliomielite cutanea ac.	9	9	6	6	10	19	11	11	—	—
Dissenteria	11	14	17	22	19	24	25	37	—	—
Pustola maligna	27	29	30	32	37	40	33	41	—	—

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

Actinomicosi toraco-polmonare . . . . . *Pag.* 350
Aria: inquinamenti in rapporto con le nebbie e le nevicate . . . . » 348
Arsenobenzoli ad alte dosi . . . . » 347
Bacillo tbc.: ricerca col metodo Loewenstein . . . . » 348
Bibliografia . . . . » 346
Bronchiettasie: trattam. medico . . . . » 350
Carboidrati: periodicità del metabolismo e ritmo nella funzione del fegato . . . » 352
Corrispondenze . . . . » 357
Diatesi emorragica familiare: rara forma » 347
Dieta chetogena in terapia . . . . » 341
Epilessia: ricambio dell'acqua . . . . . » 348
Frenico-exeresi: ricerche preliminari . . » 350
Glicemia e glicosuria: ricerche . . . . . » 347
Glutatione nelle malattie articolari . . . » 347
Infortunio sul lavoro e causa violenta . » 344
Linite plastica . . . . » 338
Lipemia dopo carico di glucosio in soggetti normali . . . . » 349
Massaggio nella medicina generale . . . » 343
Ossa: chirurgia; un nuovo passalacci . . » 335
Ostruzione intestinale: l'assorbimento nell' — . . . . » 340
Pancreatiti croniche: patogenesi . . . . » 323
Parotite: nuove concezioni sulla patogenesi . . . . *Pag.* 329
Pleuriti essudative: puntura precoce . . » 350
Pressione venosa: valore in clinica . . . » 349
Radioterapia delle forme infiammatorie acute della pelle . . . . » 349
Radioterapia: tecnica per la selezione delle irradiazioni . . . . » 336
Raffreddore: trattam. nel bambino . . . » 351
Raggi ultra-violetti nella cura delle malattie 342, 349
Retto: perforazioni da impalamento . . » 341
Schistosomiasi vescicale nel Fezzan . . » 348
Servizi igienico-sanitari . . . . » 353
Sintomo di Lesieur . . . . » 349
Sprue . . . . » 338
Sterilizzazione eugenica . . . . » 345
Tubercolosi e permeabilità delle linfoglandole . . . . » 347
Tumori della prostata e della vescica: trattam. chirurgico e roentgenterapico » 326
Ulcere gastriche e duodenali: riflessioni » 339
Urina: analisi biochimica . . . . » 351
Urina: esame nella donna . . . . » 352
Vegetazioni adenoidi . . . . » 348
Vie biliari: affezioni; coproporfirinuria » 347

C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 12 Marzo 1934 - XII Num. 10

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: R. Galli: Sulla pretesa azione peristaltogena dell'argento colloidale introdotto in cavità peritoneale durante le laparotomie.
Note e contributi: A. Panagia: I protozoi parassiti intestinali dell'uomo in 500 esami consecutivi di feci eseguiti nell'Istituto di Parassitologia Medica di Roma.
Osservazioni cliniche: G. Regoli: Sul valore relativo della pressione endopleurica per il pneumotorace emostatico.
Problemi discussi: G. Lolli: Il ricambio del cloro.
Sunti e rassegne: TUMORI: A. H. Roffo: Sviluppo sperimentale di tumori spontanei con le irradiazioni solari in relazione con l'eliotropismo della colesterina. — Simon: Il cordoma vertebrale. — Dobraniecki e Sowiakowski: Tumori dell'orbita. — Bensaude, Saint-Oury, Poirier: Il cancro dell'ano. — ALLERGOSI: F. Freeman: Le idiopatie tossiche: il gruppo asma-urticaria-febbre da fieno con speciale riguardo alla cura. — B. Marion Sulzberger: Recenti studi immunologici sull'ipersensibilità al tabacco. — VASI SANGUIGNI: A. D. Wricht: Le affezioni arteriose delle estremità. — H. Koster e L. P. Kasman: La pileflebite. — MISCELLANEA: J. T. King: Il blocco di branca. — G. Ramon, R. Debré e G. Uhry: La paralisi difterica sperimentale — v. Haberer: La terapia chirurgica del Basedow. — Cleland: L'anestesia paravertebrale in ostetricia.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Medico-Chirurgica di Catania.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Un'epidemia di febbre glandolare di Pfeiffer. — Granulomi coccidioidi. — La morte brusca e imprevista nel periodo di eruzione della scarlattina. — La cura del siero antidifterico nella pratica. — I trattamenti attuali del tetano. — L'efedrina nella profilassi degli accidenti da siero. — L'immunotrasfusione nelle setticemie streptococciche. — Trasfusione sanguigna nelle piemie. — La metalloterapia alla Walbum coi sali di manganese nella cura della tubercolosi polmonare. — NOTE DI DIETETICA: Il bambino non mangia. — IGIENE: Esercizi fisici come mezzo per conservare la salute. — MEDICINA SCIENTIFICA: Alterazioni anatomopatologiche del cuore nella fibrillazione auricolare. — Alterazioni vascolari nell'ipersurrenalismo sperimentale. — VARIA: Le malattie della sedentarietà.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Risposte a quesiti per questioni di massima.
Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Nostre corrispondenze: Da Brescia.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE « G. B. MORGAGNI » - FORLÌ

SEZ. CHIRURGICA diretta dal Prof. SOLIERI.

Sulla pretesa azione peristaltogena dell'argento colloidale introdotto in cavità peritoneale durante le laparotomie.

Dott. R. GALLI, aiuto.

Una delle più recenti acquisizioni nel trattamento dei processi flogistici acuti del peritoneo è costituita dall'uso dei metalli colloidali e particolarmente dell'argento.

Già fino dal 1900 studi e ricerche di Bayer, Brummer, Cohn, Marques dos Santos, Pintor, ecc. avevano messo in evidenza il potere battericida di quest'ultimo elemento su culture di germi diversi, come streptococchi, stafilococchi, gonococchi, ecc. Altri dimostrarono in seguito, che iniezioni intramuscolari di elettrargolo nelle cavie e nei conigli riuscivano ad esaltare il potere fagocitario dei leucociti e ad elevare contemporaneamente l'indice opsonico del siero.

I più recenti studi biologici sui colloidi in genere ne hanno spiegato e chiarito il meccanismo d'azione.

Le proprietà dei metalli colloidali non tardarono ad avere applicazioni efficaci anche nel campo clinico.

Per ciò che si riferisce all'argento colloidale, è noto a tutti ormai, che il merito di averne introdotto e caldeggiato l'uso, come valido sussidio terapeutico nel trattamento delle peritoniti acute, risale al Solieri. Il quale, studiando da anni il mezzo più acconcio all'esaltazione dei poteri difensivi della sierosa peritoneale, potè notare le alte qualità profilattiche e curative dell'argento colloidale, introdotto nel ventre durante le laparotomie. Nonchè riuscire dannoso, od essere fonte di inconvenienti, l'elettrargolo in tale guisa introdotto, gli sembrò influenzare in modo favorevole e talvolta decisivo, il risolversi di fatti infiammatori anche gravi, permettendo ai malati di debellare il male.

In base ai favorevoli risultati delle sue prime osservazioni, il Solieri usò sistematicamente, sia a scopo profilattico, che curativo, l'immissione di argento colloidale (*Electrargolo Clin*) nel cavo peritoneale, a completamento di interventi praticati sopratutto per peritoniti acute da cause svariate (peritoniti circoscritte e diffuse da appendiciti, da perforazioni tifose intestinali, di origine annessiale, da colecistite, da perforazioni di ulcere gastro-duodenali, ecc.). -

Il metodo consiste nell'introdurre in cavità peritoneale, al termine delle manovre operative, per mezzo di una siringa, da 2 a 6 fiale di elettrargolo da 5 cmc., in riguardo all'età del paziente ed all'intensità dello svolgimento del processo infiammatorio: suturando poi completamente il ventre, oppure drenando, a seconda delle circostanze.

Gli ottimi risultati conseguiti con l'adozione dell'argento colloidale sono stati resi noti replicatamente dal Solieri stesso e da altri, che ne hanno seguito il metodo; e ad esso forse spetta il merito non piccolo e non ultimo, se in molti casi, anche in presenza di essudato libero, sia possibile chiudere primariamente e totalmente il ventre, conseguendo una guarigione « per primam », senza l'intervento di alcun fatto complicativo o comunque dannoso per il malato (vedi: Marchini: *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. XXVII, fascicolo 6°, e Galli: *Rivista Italiana di Terapia*, n. 6, 1932).

La sierosa peritoneale, che già per se stessa possiede poteri difensivi così elevati ed altri ne acquista sotto l'influenza delle tossine batteriche, viene dunque stimolata ancor più alla lotta contro i germi dall'azione dell'argento colloidale, che ne accentua le funzioni di difesa. Una chiara dimostrazione sperimentale di ciò, fu data nel 1925, in questo Istituto, dal Pantaleoni (« Ricerche sperimentali sull'azione dell'argento colloidale sul peritoneo », *Studium*, anno XV, n. 5) e del tutto recentemente dal Tabanelli (« Mezzi per aumentare i poteri di difesa del peritoneo », *Biochimica e Terapia Sperimentale*, anno XIX, 1932); il primo, con l'osservazione di preparati di omento, di mesentere, di strisci di liquido peritoneale di cavie iniettate in cavità con argento colloidale, potè rilevare un'intensa leucocitosi e dimostrare inoltre l'aumento dell'indice opsonico nel siero degli animali inoculati, rispetto a quelli sani ed il potere battericida dell'argento colloidale su culture di germi diversi; analogamente il secondo potè dimostrare che l'elettrargolo, come l'arsenobenzolo e il cloruro di magnesio, introdotti nel ventre, vi provocano vasodilatazione, congestione, essudazione ed afflusso di elementi della serie bianca, cioè intensi fatti reattivi, capaci di accrescere i poteri di difesa della sierosa.

Fu dunque in riguardo precipuo all'azione profilattica e curativa esplicata dall'argento colloidale sulle flogosi peritoneali acute, che il Solieri introdusse e tuttora correntemente pratica l'immissione di esso nella cavità addominale durante le laparotomie. L'uso quindi di tale pratica, nella mente del suo ideatore, è da riserbarsi a quei casi, che dimostrano, latente o manifesta, l'influenza di processi infettivi a carico della sierosa peritoneale.

Senonchè l'esperienza di alcuni chirurghi, che hanno fatto loro da tempo il metodo del Solieri, usando l'introduzione dell'argento colloidale, in quantità variabile, anche in casi di interventi addominali non settici, avrebbe portato alla constatazione, confermandone quella profilattica e curativa, di ulteriori azioni dell'elettrargolo e principalmente di una decisa azione eccitante sul peristaltismo intestinale.

Secondo taluni anzi, a questa azione peristaltogena dovrebbe attribuirsi l'azione curativa dell'argento colloidale, in dipendenza cioè delle abbondanti evacuazioni rese possibili con l'aumentata contrazione delle anse intestinali.

Il Bruno, di S. Paolo del Brasile, infatti, da anni seguace del metodo Solieri, non ne ha limitato l'uso ai casi di infezione peritoneale evidente, ma lo ha esteso ad ogni intervento laparotomico settico ed asettico. Nel complesso dei casi così trattati, avrebbe potuto constatarne un fenomeno quasi costante, conseguente all'introduzione dell'argento colloidale, costituito cioè dall'aumento della peristalsi intestinale.

In considerazione di tale effetto egli ritiene che le applicazioni dell'elettrargolo possano essere estese a tutti i casi di ileo paralitico post-operatorio. L'azione favorevole di esso sulla peristalsi intestinale si verificherebbe con un'unica iniezione intraperitoneale di 20 cmc.; esso dimostrerebbe inoltre la singolare proprietà di diminuire notevolmente i vomiti post-operatori.

Ritenne in primo tempo che l'azione peristaltica dell'argento colloidale dovesse riferirsi all'azione profilattica e terapeutica del metallo sulla peritonite, considerando aumentata la peristalsi in ragione della guarigione del processo infiammatorio della sierosa di rivestimento. Senonchè, come ho già incidentalmente notato, avendo osservato che l'azione peristaltogena si manifesta celermente, non è alieno ora dal ritenere che l'azione curativa sia in dipendenza appunto delle abbondanti

evacuazioni rese possibili con l'aumentata contrattilità delle anse intestinali. Il chirurgo brasiliano insomma, avendo inizialmente usata l'introduzione dell'argento colloidale nel peritoneo con le stesse finalità del Solieri, ne ha esteso consecutivamente l'uso a tutti i laparotomizzati, settici ed asettici, in considerazione dei molteplici, benefici effetti che egli avrebbe rilevato dall'adozione di tale pratica, consistenti: in assenza di reazioni generali (assenza di ipertermia e tachicardia, al contrario di ciò che succede iniettando l'argento colloidale per via intramuscolare ed endovenosa); assenza di shock e diminuzione dei vomiti post-operatori (azione antitossica e stimolatrice sul fegato); azione cardiotonica e regolatrice del polso; azione miotonica e mio-eccitante sulle fibre muscolari liscie, in rapporto diretto con la quantità di argento colloidale introdotto.

Nella profilassi e nella cura dell'ileo paralitico inoltre, se il malato non presenta vomito, associa all'applicazione intraperitoneale la somministrazione per via orale.

Egli viene dunque in sostanza a confermare le proprietà curative dal Solieri riconosciute all'argento colloidale; ma si spinge oltre, fino a volere considerare e a caldeggiare l'uso di esso come attivo profilattico per talune complicanze post-operatorie in genere.

Più recentemente e presso di noi, il Bonoli, postosi nella scia del Bruno, riferiva in una seduta dell'Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara, il 3 dicembre 1932, il risultato delle sue osservazioni. Statistica non troppo nutrita, come lo stesso relatore avverte, trattandosi di una serie di soli 17 laparotomizzati, ma tuttavia sufficiente per persuaderlo in gran parte dei vantaggi reali, che il metodo può offrire. Vantaggi che si riferiscono « non tanto all'azione antisettica dell'argento, epperciò alla questione della chiusura immediata o non del ventre settico, quanto all'azione peristaltogena del medicamento stesso e questo perchè, dei 17 casi trattati, solo 6 furono settici e di questi 6, solo 2 vennero chiusi immediatamente.

« In tutti i 17 casi », riferisce il Bonoli, « l'azione peristaltogena dell'argento colloidale si fece sentire più o meno, ma costantemente; e comparve quasi sempre in seconda giornata o all'inizio della terza, caratterizzandosi per vivi dolori addominali vaganti, accompagnati dalla sensazione subbiettiva netta dei movimenti delle anse, simile a quella che precede, a detta dei malati stessi, ogni evacuazione. A volte l'eccitazione peristaltica è stata assai forte, sì da produrre un vero tenesmo rettale e provocare qualche piccola evacuazione forzata; ho notato anche spasmi gastrici con vomito, nei ventri asettici e persino singhiozzo, fatti non certo attribuibili alla narcosi, sia perchè tardivi, rispetto al vomito narcotico, già cessato da molte ore, sia perchè insorti anche quando la narcosi non vi era stata. Questi ultimi fenomeni, che a tutta prima possono mettere in sospetto di complicanze, si svolgono però in presenza di alcuni segni perfettamente tranquillizzanti: ventre depresso, ben trattabile, polso valido e regolare; gli oppiacei, del resto, frenano bene questi spasmi dolorosi. Ho verificato spesso l'evacuazione spontanea dell'alvo in terza o quarta giornata.

L'azione peristaltogena ha avuto una durata varia da 15 a 30 ore e si è iniziata con notevole costanza da venti a trenta ore dopo l'intervento; inizio cioè tardivo: quest'ultimo fatto dell'azione tardiva, verificabile, del resto, anche quando si usi l'argento colloidale in altre cavità sierose (forme di idrarto, borsiti, idroceli), è legata molto probabilmente alla struttura fisico-chimica stessa del colloide, il quale verosimilmente non può agire che attraverso un lento processo di flocculazione prima, e di ossidazione poi dei granuli metallici.

Ho usato nei casi asettici non più di 10 cmc. di argento colloidale; da 10 a 20 cmc. nei settici; il decorso post-operatorio fu ottimo in tutti e veramente lusinghiero. Importa notare, ripeto, che neppure negli interventi laboriosi ho constatato i segni di quell'ileo paralitico post-operatorio, così frequente e preoccupante.

Concludendo, debbo riconoscere che l'argento colloidale è veramente capace di eccitare la peristalsi intestinale... ».

Abbiamo volutamente ripetere per esteso le parole stesse dell'autore, affinchè il complesso clinico delle manifestazioni del colloide introdotto nel ventre prendesse maggior risalto dalle affermazioni di chi l'aveva ripetutamente osservato. Dopo questi ampi e circostanziati riferimenti, era logico sorgesse in noi, nell'ambiente stesso dove l'uso dell'argento colloidale per immissione intraperitoneale aveva avuto il suo battesimo e dove tuttora proficuamente viene usato nel trattamento delle peritoniti acute, il desiderio di constatare e di controllare queste molteplici azioni attribuitegli e in particolar modo l'eccitazione sulla peristalsi intestinale. Poichè dobbiamo dichiarare subito che per il passato, pure in lunghi anni di esperienza clinica del medicamento, quantunque non avessimo deliberatamente indirizzata la nostra attenzione alla ricerca di

fatti del genere denunciato, mai ci era capitato di potere constatare gli effetti, che ci vengono ora descritti.

Già il fatto che, nella sua lunga esperienza personale, il Solieri non l'avesse, dico pur casualmente, notato, costituisce per se stesso un dato non trascurabile e poichè inoltre non è possibile riportare al valore di causa ad effetto quelle scariche più o meno diarroiche, cui vanno soggetti talvolta, dalla seconda-terza giornata, gli operati settici dell'addome, nei quali giuocano imponenti fenomeni tossici.

Ma poteva sorgere spiegabilmente il dubbio che tali manifestazioni avessero a verificarsi unicamente o precipuamente in operati asettici, esplicandosi cioè l'azione dell'elettrargolo su di una sierosa normale o pressochè tale, mentre la nostra esperienza in proposito, dati gli scopi che ci prefiggiamo con l'adozione della pratica, veniva forzatamente ad essere limitata ai casi di evidente contaminazione od infezione peritoneale. In una parola, lo stato fisiologico o patologico della sierosa peritoneale avrebbe potuto derivare effetti diversi.

Perciò, in seguito a consiglio del nostro Primario, abbiamo voluto studiare e seguire attentamente gli effetti dell'argento colloidale, specialmente per ciò che riguarda la sua presunta azione peristaltogena, introducendolo anche nell'addome di laparotomizzati asettici, in quantità variabile, certi come siamo, della sua completa innocuità e della migliore sopportabilità da parte dei malati.

Per metterci al riparo da ogni eventuale errore, e perchè acquistassero maggior valore le nostre constatazioni, abbiamo voluto condurre l'indagine su un numero cospicuo di malati.

La nostra tecnica non si è mai discostata da quella che ci era abituale e cioè, prima di procedere alla sutura della sierosa peritoneale, abbiamo introdotto nel ventre, per mezzo di una siringa, da 2 a 5 fiale di elettrargolo Clin, di 5 cmc. l'una, in relazione all'età dei pazienti ed all'entità del processo per cui si interveniva.

Il decorso post-operatorio di questi malati fu seguito attentamente da vicino, onde cogliere quel complesso di manifestazioni cliniche da altri rilevato, sopratutto in riguardo al ripristino della funzionalità intestinale; evitando sempre, ove fosse possibile, la somministrazione di altri medicamenti, la cui azione potesse mascherare o comunque deviare quella dell'argento colloidale.

I laparotomizzati così trattati furono 105; in essi rientrano 32 addominali acuti (appendiciti acute, peritoniti circoscritte e diffuse da appendicite, da perforazioni gastro-duodenali, colecistiti, flogosi peritoneali da processi annessiali, rottura di gravidanza tubarica con ematocele settico), nei quali avremmo, al di fuori di ogni altra considerazione, usata, come d'abitudine, l'argento colloidale.

In 73 laparotomizzati asettici invece, in cui rientra un po' tutta la chirurgia addominale, l'elettrargolo venne introdotto unicamente a scopo di studio, al di fuori quindi delle precise indicazioni già date dal Solieri.

In complesso i decorsi di questi operati furono tutti soddisfacenti e non avemmo a notare alcun incidente riferibile all'introduzione dell'argento colloidale. I due soli casi di morte riscontrati, lo furono per processi peritonitici gravissimi e violenti, consecutivi a perforazione libera di un'ulcera gastrica, operata oltre la 15ª ora, e ad una appendicite acutissima in una bimba di otto anni, che ci era stata portata in seconda giornata dall'attacco.

Ma non abbiamo neppure potuto notare delle varianti degne di considerazione nei decorsi post-operatori di questi malati, in confronto a quelli in cui non avevamo introdotto l'argento colloidale.

Per ciò che riguarda le condizioni generali organiche e l'andamento della temperatura, dell'azione cardiaca, del polso, dei vomiti narcotici e post-operatori, non possiamo sinceramente riconoscere all'elettrargolo alcuna influenza modificatrice; o, se essa vi fu, deve essere stata talmente lieve, da non riuscire apprezzabile alle nostre pur attente indagini e da considerare quindi, agli effetti pratici, come nulla.

In soli 6 casi riscontrammo un'eccitazione della peristalsi intestinale, che potrebbe essere attribuita, in certo qual modo, all'azione dell'argento colloidale introdotto. Di questi 6 malati, 3 appartenevano alla categoria dei cosidetti asettici (appendiciti croniche d'emblée) e 3 erano peritonitici di origine appendicolare. Essi svuotarono l'alvo prima dell'usuale sussidio sotto forma di clistere, che noi siamo soliti praticare nella terza giornata dall'intervento; in due casi anzi, il circolo intestinale si ristabilì spontaneamente fino dalla prima giornata, sotto forma di parecchie scariche diarroiche pertinaci, con abbondante emissione di gas, dolori fugaci, ed un po' di tenesmo rettale.

Gli altri ebbero una-due evacuazioni regolari, senza disturbi, prima della terza giornata; due malati, peritonitici, continuarono ad essere disturbati da qualche scarica diarroica fino alla sesta-settima giornata. In nessuno comunque, l'azione peristaltica si manifestò

in modo violento, accompagnata o preceduta da quei vivi dolori addominali vaganti, da quegli spasmi gastrici con vomito e singhiozzo, che altri ci hanno descritto.

Siamo ben lungi dunque dal quadro sintomatico derivativo messo in evidenza dal Bruno e particolarmente dal Bonoli.

Sopra un complesso di 105 malati seguiti e studiati, 6 casi positivi sono assolutamente insufficienti per convincere che determinate manifestazioni e in ispecie la ripresa spontanea del circolo enterico siano attribuibili all'argento colloidale introdotto in cavità; anzi, appunto per l'esigua percentuale degli effetti positivi riscontrati, s'inoltra più logico il sospetto, che essi si siano verificati indipendentemente dall'elettrargolo. Non è poi cosa fuori del comune, in chirurgia, assistere ad evacuazioni spontanee talvolta fino dalle prime giornate, sopratutto quando, come suole accadere operando d'urgenza e per fatti acuti, non si è somministrato ai pazienti, precedentemente all'intervento, che un semplice clistere.

Abbiamo già, d'altra parte, accennato al fatto, cui sovente si assiste, che operati di peritonite acuta, malati spesso defedati e profondamente intossicati, vadano soggetti a diarree violente e persistenti, che tengono sospeso l'animo del chirurgo. Tali fatti però si verificano anche indipendentemente dall'uso dell'argento colloidale, cui, qualora usato, ci sembra eccessivo farne risalire la causa, quando sono conosciuti i numerosi meccanismi d'azione, che l'organismo mette in movimento ed eccita, onde difendersi dall'invasione di agenti infettivi e tossine.

Onde è più plausibile pensare che stimoli flogistici e stati infiammatori della sierosa peritoneale si riflettano sulle condizioni anatomiche e funzionali delle mucose intestinali, influenzando sopratutto gli apparati ghiandolari e provocando stati idrorroici, che spiegare il tutto con l'intervento di un'azione miocinetica da parte dell'argento colloidale.

Per concludere dunque, noi non possiamo confermare che all'elettrargolo siano imputabili quelle manifestazioni, che altri hanno descritto e che esso esplichi sopratutto una azione eccitante così decisa sulla peristalsi dell'intestino. Le nostre osservazioni e ricerche cliniche, in tal senso, sono risultate completamente negative.

Con questo noi ci limitiamo ad una semplice ed inequivocabile constatazione di fatti, senza per altro intendere di impugnare quanto altri hanno potuto raccogliere dalla loro esperienza personale.

Sopra ho già ricordato come i dati presentemente raccolti siano suffragati dai passati risultati di lunghi anni di pratica e di osservazione clinica. E non sarà male qui ricordare che una conferma indiretta, nel campo sperimentale, ce l'hanno fornita le esperienze del Pantaleoni, Tabanelli ed altri, che studiando l'azione dei preparati argentici colloidali, introdotti nel ventre di animali, non hanno avuto alcun accenno a questa pretesa azione peristaltogena.

Ed ora ci sia permessa una domanda. Se l'argento colloidale introdotto nella cavità peritoneale durante le laparotomie, dovesse sempre effettivamente esplicare azioni del genere di quelle descritte dal Bonoli e da altri, risvegliare cioè dolori addominali vivi, vaganti, forte eccitazione peristaltica, talvolta con tenesmo rettale, fino a provocare spasmi gastrici, con vomito e singhiozzo, fatti tutti sia pure transitori e facilmente dominabili, quale chirurgo rischierebbe lo scatenarsi di simile preoccupante sintomatologia, anche in ventri asettici e con l'intento di evitare un deprecabile, ma non sicuro, ileo paralitico post-operatorio?

E che dire allora del suo uso in pazienti affetti da flogosi acute del peritoneo, in cui, ai mali già esistenti verrebbero ad aggiungersi altrettanti malanni, promossi da un peristaltismo esagerato e dalle sue conseguenze, mentre è notorio quanto si avvantaggiano simili malati dalla quiete e dal riposo addominale?

Ardua sarebbe per di più la spiegazione dei benefici effetti, ormai riconosciuti, che esso esplica sull'andamento dei processi peritonitici, quando il suo modo di agire dovesse rappresentare la risultanza di due azioni, in certo qual modo antitetiche e contrastanti.

Gli è che l'argento colloidale ha dimostrato sinora un'unica azione veramente sicura ed altrettanto efficace nel dominio della chirurgia addominale: quella profilattica e curativa, nel senso di eccitare i poteri di difesa del peritoneo contaminato od infetto, secondo le idee e le indicazioni, che da tempo il Solieri ci ha dato.

RIASSUNTO.

L'autore, in base ai chiari risultati di numerose osservazioni cliniche, nega che l'argento colloidale, introdotto operatoriamente nel ventre per la cura dei processi peritonitici acuti, secondo il metodo del Solieri, esplichi quel complesso di azioni generali e particolarmente un'eccitazione della peristalsi intestinale, che altri gli hanno recentemente attribuito; ne conferma le proprietà profilattiche e curative,

dovute a stimolazione dei poteri difensivi della sierosa peritoneale.

BIBLIOGRAFIA.

BONOLI. *L'argento colloidale elettrico nelle laparotomie.* Atti dell'Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara, anno 1932, X.
BRUNO *Prophylaxia e therapeutica da peritonite aguda e do ileus paralyticus pela prata colloidal.* Publicaçoes Medicas, n. 16-17, 1930.
ID. *Acçao da prata colloidal na cavidade peritoneal.* Revista de Therapeutica Pratica, n. 1, 1932.
ID. Id. id. n. 2-3, 1932.
GALLI. *Sul trattamento operatorio chiuso delle peritoniti da appendicite.* Rivista Italiana di Terapia, n. 6, 1932.
MARCHINI. *L'abolizione del drenaggio nelle peritoniti purulente circoscritte e diffuse, specialmente da appendicite.* Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XXVII, fasc. 6.
MOSTI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 14, 1926.
ID. Gazzetta Scienze Mediche, 1915.
PANTALEONI. *Ricerche sperimentali intorno all'azione dell'argento colloidale sul peritoneo.* Studium, anno XV, n. 5, 1925.
SOLIERI. Riforma Medica, n. 151-153, 1901.
ID. Archivio Italiano di Chirurgia, 1925.
ID. Policlinico, Sezione Pratica, 1927.
ID. Progrès Médical, n. 22, 1924.
TABANELLI. *Mezzi per aumentare i poteri di difesa del peritoneo.* Biochimica e Terapia Sperimentale, anno XIX, 1932.

NOTE E CONTRIBUTI

Istituto di Parassitologia Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. GIULIO ALESSANDRINI.

I protozoi parassiti intestinali dell'uomo in 500 esami consecutivi di feci, eseguiti nell'Istituto di Parassitologia Medica di Roma.

Dott. ANTONINO PANAGIA, aiuto vol.

Scopo della nostra nota è di porre in rilievo la frequenza con la quale ad un esame di feci si riscontrano dei parassiti, a cui vanno riferiti un gran numero di sintomi addominali e delle sindromi, che a prima vista sono di difficile interpretazione.

Non è raro che si presentino alla nostra osservazione dei pazienti, che hanno sofferto per lunghi periodi di tempo dei disturbi vaghi a carico dell'apparato digerente e dei fenomeni generali di varia entità: disappetenza, conati di vomito, dolori diffusi all'addome, meteorismo, flatulenza, alvo irregolare, a volte stitico, a volte diarroico, subittero, deperimento, irritazione psichica, febbre, ecc.; questi soggetti hanno peregrinato di medico in medico in cerca di un rimedio ai loro disturbi; sono state consigliate le cure più disparate, che essi hanno eseguito talora con scrupolosa, quasi religiosa, esattezza; talvolta hanno potuto notare l'attenuazione di questo o quel dato sintomo, ma mai hanno potuto apprezzare un radicale miglioramento delle loro sofferenze.

Il più delle volte il medico, a cui uno di tali pazienti fiducioso ricorre, pensa alle malattie più diverse dalla gastrite o gastro-enterite, alla colite, appendicite, tiflite, colecistite, epatite e così via dicendo, senza mai formarsi un concetto esatto e senza mai riuscire ad inquadrare la sindrome morbosa, a cui si trova di fronte. Qualche volta prende in considerazione l'amebiasi, perchè solo questa malattia parassitaria va divenendo ormai di dominio comune.

Ma quante diagnosi non verrebbero subito chiarite, quanti malati non potrebbero essere adeguatamente curati se i medici si abituassero a considerare i parassiti dell'intestino, non come ospiti più o meno abituali ed innocui, ma come fonte di disturbi e qualche volta di vera e propria malattia.

Lasciamo da parte tutte le affezioni morbose, a volte anche gravi, che i vari parassiti possono generare nei vari organi e consideriamo soltanto le malattie dell'apparato intestinale in dipendenza degli zooparassiti. Il volersi trattenere, anche per poco, su ciascuna di esse, ci porterebbe troppo lontano ed esorbiterebbe dal nostro compito, ed è per questo che limiteremo la nostra attenzione a quelle malattie intestinali dovute solamente ai protozoi, senza nemmeno soffermarci su quelle, non certo trascurabili, dovute ai diversi elminti intestinali.

Sono appunto le malattie da protozoi le meno conosciute nel campo della patologia dell'apparato digerente: ne fa eccezione la dissenteria amebica.

Che anzi può dirsi che molte forme dissenteriche, dovute a cause diversissime fra di loro, vengono attribuite all'*Entamoeba histolytica* dal momento che molte forme cistiche protozoarie possono, ad un esame superficiale, essere scambiate con cisti amebiche.

L'esame delle feci di tutti gli individui, o per lo meno di quelli che accusano turbe intestinali, e che per esse precipuamente si rivolgono al medico, si imporrebbe, giacchè esso può fornirci importanti indicazioni sullo stato del tubo digerente.

Incomincia già ad essere compresa dalla maggioranza dei medici la necessità di questa pratica, il cui uso non mancherà di dare dei notevoli benefici, tanto più palesi, quanto più frequentemente essa sarà adoperata.

E che ciò sia vero ci accorgiamo sopratutto noi, che vediamo pervenire nel nostro Istituto

frequenti richieste di esami di feci, ciò che una volta era raro succedesse.

Abbiamo pensato che il far conoscere la frequenza delle parassitosi intestinali potrebbe essere utile per richiamare su di esse l'attenzione di ogni medico, e per questo abbiamo raccolto i dati dell'Istituto, riguardanti la presenza dei protozoi intestinali nelle feci umane.

Bisogna però tener conto che i pazienti che venivano inviati a noi, soffrivano sempre disturbi tali da far sospettare una malattia parassitaria.

Nel parlare di protozoi intestinali intendiamo riferirci a quei protozoi, la cui azione patogena è dimostrata, o almeno ammessa dai più, come risulta dai lavori e dalle osservazioni di molti autori, che si sono occupati dell'argomento. Non ci intratteniamo infatti su quegli altri protozoi, che si riscontrano anche nelle feci normali, i cosidetti protozoi coprofili, di cui si è interessato in un pregevole lavoro il Penso, che parla di una microfauna intestinale da porre accanto alla flora intestinale.

Vediamo ora quali protozoi, e in che proporzione, furono riscontrati in 123 esami di feci, eseguiti nell'Istituto.

Parassitosi unica	n.
Endolimax nana	3
Entamoeba coli	10
Entamoeba dysenteriae	13
Bodo caudatus	1
Chilomastix Mesnili	2
Giardia intestinalis	18
Balantidium coli	1

Parassitosi duplice	n.
Dientamoeba fragilis - Blastocystis jalinus	1
Endolimax nana - Blastocystis	2
Iodamoeba Butschli - Blastocystis	1
Iodamoeba Butschli - Trichocephalus	1
Entamoeba coli - Entamoeba dysenteriae	1
Entamoeba coli - Giardia intestinalis	1
Entamoeba coli - Blastocystis	10
Entamoeba dysenteriae - Blastocystis	11
Entamoeba dysenteriae - Trichocephalus	1
Spirochaete fecali - Blastocystis	1
Embadomonas intestinalis - Blastocystis	2
Chilomastix Mesnili - Giardia int.	2
Chilomastix Mesnili - Blastocystis	2
Trichomonas intestinalis - Blastocystis	2
Trichomonas int. - Balantidium coli	1
Giardia intestinalis - Blastocystis	5
Giardia intestinalis - Trichocephalus	2

Parassitosi triplice	n.
Endolimax nana - Entamoeba dysenteriae - Blastocystis	1
Endolimax nana - Iodamoeba Butschli - Tricocephalus	1
Iodamoeba Butschli - Entamoeba coli - Trichocephalus	1
Iodamoeba Butschli - Giardia intestinalis - Blastocystis	1
Entamoeba coli - Entamoeba dysenteriae - Blastocystis	2
Entamoeba coli - Entamoeba dysenteriae - Trichocephalus	1
Entamoeba coli - Entamoeba dysenteriae - Chilomastix	1
Entamoeba coli - Chilomastix Mesnili - Blastocystis	1
Entamoeba coli - Giardia intestinalis - Blastocystis	1
Entamoeba coli - Blastocystis jalinus - Trichocephalus	1
Entamoeba dysenteriae - Chilomastix Mesnili - Blastocystis	1
Entamoeba dysenteriae - Blastocystis jalinus - Trichocephalus	1
Bodo caudatus - Chilomastix Mesnili - Blastocystis	1
Chilomastix Mesnili - Blastocystis jalinus - Trichocephalus	1
Giardia intestinalis - Blastocystis jalinus - Trichocephalus	1

Il quadro che abbiamo esposto, è stato desunto dagli utlimi 500 esami di feci: di questi 77 riguardavano individui, ai quali l'esame fu ripetuto per più volte, e quindi non sono stati presi in considerazione.

Si può rilevare che su 123 soggetti, sottopo-

sti all'esame, 110 avevano reperto positivo per protozoi intestinali, e cioè il 26 % dei casi. In questo numero non abbiamo compreso 48 casi di Blastocistosi pura, perchè dibattuta è ancora la questione se il *Blastocystis jalinus*, del quale si sta occupando il dott. Micheletti nel nostro Istituto, debba considerarsi come protozoo, e quindi appartenente al regno animale, o come appartenente al regno vegetale. Ancora più discussa è l'azione patogena del *Blastocystis*, il cui reperto da solo o in associazione a protozoi o vermi, è tutt'altro che raro. Prima che ulteriori studi vengano ad illuminare definitivamente tale argomento, dobbiamo pensare che la sua presenza non deve essere del tutto indifferente nell'intestino umano.

Nell'elenco dei parassiti, abbiamo seguito la nomenclatura adottata dal prof. Alessandrini nel suo trattato di parassitologia.

Tra i protozoi rizopodi è nel genere *Entamoeba* che noi osserviamo la specie *Entamoeba coli* e *Entamoeba dysenteriae*, le cui infestazioni producono delle forme morbose più o meno gravi. Le amebe appartenenti ai generi *Dientamoeba, Endolimax, Jodamoeba*, sembra che debbano considerarsi, almeno fino ad oggi, come non patogene per l'uomo, però nulla vieta di pensare che speciali condizioni, inerenti allo stato di virulentazione di questi rizopodi, come pure speciali stati di debilitazione dell'organismo, sopratutto malattie intestinali sofferte o in atto, possano far sì che tali parassiti assumano anche essi un certo valore di patogenicità.

Non è il caso di parlare dell'*Entamoeba dysenteriae*, perchè da tutti è nota la forma di dissenteria amebica, ad essa dovuta. Faremo rilevare soltanto che la percentuale con la quale noi l'abbiamo rinvenuta nelle feci esaminate (7,8 % rispetto ai 423 campioni, 30 % in rapporto coi 110 casi di parassitosi da protozoi) è abbastanza bassa e ancora più bassa appare se si considera, come abbiamo detto precedentemente, che la maggior parte dei soggetti erano sospettati di infestazione amebica.

Diremo invece qualche parola sull'altra specie appartenente allo stesso genere, l'*Entamoeba coli*.

L'*Entamoeba coli* è un protozoo che ci è apparso non così frequente come da molti si ritiene.

Dai nostri dati si rileva che fu presente nel 7,1 % dei casi, rappresentando il 27,3 % dei protozoi intestinali. Siamo lungi dal 30 % e dal 50 % che danno molti autori, specialmente se si tiene conto della stessa considerazione fatta a proposito dell'*Entamoeba dysenteriae*. La sua frequenza non è certamente tale da farla considerare, come per il passato, un ospite abituale dell'intestino umano e per di più la sua innocuità, ritenuta quasi certa dalla maggioranza degli autori, viene oggi messa in dubbio, e si pensa che alcune sindromi addominali possano essere dovute in tutto o in parte alla *Entamoeba coli*.

Non raramente si è osservato che un paziente, il quale si lamentava di disturbi intestinali, all'esame più attento, non presentava altro che delle forme cistiche di *Entamoeba coli*. Ora se si sottopone il malato a cura adatta (yatren, stovarsolo) si può notare che con la scomparsa di tali amebe dalle feci, si ottiene anche un miglioramento progressivo delle condizioni generali e una attenuazione, fino alla scomparsa completa, di ogni fenomeno. Da qui la necessità di tenere nel giusto conto un reperto positivo per l'*Entamoeba coli*, ed iniziare un trattamento curativo adeguato, che può portare a degli ottimi risultati.

Sono per lo più queste le forme, che vengono considerate come emetino-resistenti.

La possibilità di manifestazioni morbose e la gravità di esse evidentemente aumentano, come si è potuto notare nei casi da noi esaminati, quando l'*Entamoeba coli* si rinviene in simbiosi con altri parassiti più o meno patogeni.

Le amebiasi da infestazioni miste (*Entamoeba dysenteriae+Entamoeba coli*) sono sempre quelle più importanti clinicamente, sia per l'intensità dei disturbi a cui danno luogo, sia per la persistenza tenace di questi disturbi, che a volte nemmeno una cura metodica e prolungata riesce a vincere.

Ma se l'associazione parassitaria ha una notevole importanza nel conferire potere patogeno all'*Entamoeba coli*, non si può escludere che questa ameba, almeno in alcuni casi, possa essere capace di determinare una vera e propria malattia; ciò si può arguire anche dal numero di infestazioni pure da *Entamoeba coli*, che risulta dal nostro elenco (10 su 30). Gli individui portatori di *Entamoeba coli* erano stati tutti inviati al nostro Istituto con diagnosi di colite; sono tutti guariti, o per lo meno molto migliorati, dopo cura antiamebica, il che conferma l'opinione degli autori più moderni (Penso, Sangiorgi, ecc.), i quali inclinano ad attribuire una certa patogenicità anche all'*Entamoeba coli*.

Per quanto riguarda i vari flagellati, la *Giardia intestinalis* è senza dubbio il protozoo più patogeno, tra quelli appartenenti a questa classe. Il *Bodo caudatus*, l'*Embadomonas intestinalis*, riscontrati in qualche caso, non ci risulta abbiano, almeno da soli, il potere di produrre dei fenomeni morbosi.

Il *Trichomonas intestinalis*, la cui forma ve-

getativa può causare dei disturbi intestinali, che clinicamente non è facile differenziare dalle altre parassitosi, deve per lo più la sua azione all'associazione con altri parassiti: tuttavia anche da solo può talvolta essere capace di svolgere azione dannosa.

Anche il *Chilomastix Mesnili* è considerato da alcuni AA. come patogeno e può dare disturbi intestinali e dei fenomeni generali (astenia, dimagrimento, anemia, orticaria, ecc.). Il *Chilomastix*, rinvenuto nel 2,6 % dei nostri casi, è un parassita dell'intestino crasso, che per lo più vive associato ad altri protozoi, per cui è difficile stabilire la parte dovuta ad esso da quella dovuta agli altri parassiti.

La *Giardia intestinalis*, che come risulta dai dati esposti, rappresenta un reperto relativamente frequente (7,33 % dei casi) nell'esame di feci di individui, che soffrono turbe dell'apparato digerente, è un protozoo la cui conoscenza incomincia a diffondersi, e la cui patogenicità ormai è da tutti riconosciuta, mentre prima si credeva che fosse un ospite innocuo dell'organismo umano.

Ma anche qui bisogna tenere presente che la giardia può causare delle forme morbose, che non hanno sintomi intestinali e che questi, pure essendo presenti, possono passare in seconda linea per l'importanza degli altri sintomi d'indole generale e in special modo l'anemia, che può alle volte presentarsi assai grave. L'azione patogena della *Giardia intestinalis* viene accresciuta dalla associazione di altri parassiti, in modo che anche per questo il quadro morboso può risultare modificato.

D'altra parte bisogna sempre vagliare bene ogni sintomo per non addebitare alla giardia qualsiasi disturbo che venga a stabilirsi in un soggetto che sia portatore di questo protozoo.

Anche qui Penso, che ha dato un contributo notevole allo studio di alcune malattie protozoarie, ha messo in evidenza, oltre che lo studio biologico del parassita, il suo modo di azione e le diverse forme cliniche, che è in grado di generare. La giardia viene dominata con relativa facilità dal timolo somministrato in capsule cheratinizzate.

Tra i protozoi ciliati abbiamo riscontrato due volte il *Balantidium coli*. Questo parassita, frequente nell'intestino di maiale, può produrre una forma di dissenteria del tutto simile a quella amebica, ma non bisogna dimenticare che qualche caso di balantidiosi decorre senza fenomeni intestinali, come quello descritto da Vanni, ma solo con fenomeni generali, come deperimento, orticaria, prurito, febbre, artralgie, ecc. È appunto in questi casi che la diagnosi si presenta ancora più difficile e che solo può farsi con un esame accurato delle feci, che svela la presenza del protozoo; ad esso dobbiamo sempre ricorrere, specialmente quando all'esame di sangue rileviamo un discreto grado di eosinofilia, che, come fa notare Penso, accompagna qualche volta una tale parassitosi.

Ed il porre una diagnosi di balantidiosi ci offre l'opportunità di curare e di guarire l'ammalato, quando altre cure non sono valse a modificare lo stato morboso; il timolo infatti, per clistere, è un ottimo rimedio in questa malattia.

Da quanto abbiamo esposto succintamente risulta tutta la importanza che l'esame coprologico può avere nello studio delle sindromi morbose dell'apparato digerente.

RIASSUNTO.

L'A. espone i risultati di 500 esami di feci, praticati nell'Istituto di Parassitologia Medica e mette in evidenza l'importanza dell'esame coprologico nelle sindromi addominali, nel cui determinismo frequentemente sono in causa i protozoi intestinali.

LAVORI CITATI.

G. Alessandrini. *Parassitologia dell'uomo e degli animali domestici*. U. T. E. T., Torino, 1929.

E. Micheletti. *Contributo allo studio del « Blastocystis jalinus »* (Perroncito). Annali di Medicina navale e coloniale, 1932, fasc. I-II, vol. I.

G. Penso. *Sui protozoi coltivati dalle feci umane normali*. Arch. f. Protistenkunde, 1932, 76 Band. Heft. I.

Id. *Sulla patogenicità dell'Entamoeba coli*. La Riforma Medica, 1931, n. 16.

Id. *Giardia intestinalis* (Lambl) *e Giardiasi*. Annali di Medicina Navale e coloniale, 1929, fascicolo III-IV, vol. II.

Id. *Sull'azione patogena della « Giardia intestinalis »*. Policlinico, Sezione Pratica, 1931.

Id. *Sulla patogenicità del Balantidium coli*. Ibid., 1932.

G. Sangiorgi. *Contributo alla conoscenza delle dissenterie miste*. Pathologica, 1933, n. 496.

V. Vanni. *Contributo alla conoscenza della Balantidiosi umana*. La Riforma Medica, 1931, n. 4.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE MAGGIORE PRINCIPESSA DI PIEMONTE IN BERGAMO.

SEZIONE SANATORIALE
diretta dal dott. F. GALMOZZI.

Sul valore relativo della pressione endopleurica per il pneumotorace emostatico

per il dott. GIUSEPPE REGOLI, aiuto.

L'emorragia polmonare in corso di lesione tubercolare distruttiva del polmone, quando è copiosa e infrenabile è sempre una complicazione gravissima, tragica e per l'anemia acuta e più ancora per l'ostruzione delle vie aeree intrapolmonari che provoca rapidamente i sintomi dell'asfissia.

È ora naturale e logico — falliti tutti i mezzi di terapia medicamentosa — calcio, adrenalina, pituitrina, coagulanti, iniezioni endotracheali — pensare che si tratti non di una lesione d'un vaso capillare ma della lesione di una arteriola vera e propria.

Qui l'indicazione netta è la compressione meccanica del vaso per via indiretta, cioè colla compressione del tessuto polmonare in toto, col Pnx. emostatico che deve essere applicato ai primi sintomi d'asfissia — cianosi, ambascia di respiro, polso piccolo frequente, filiforme — e quando non sia possibile per estese aderenze pleuriche un Pnx. efficacemente compressivo allora bisogna prendere in considerazione l'intervento d'urgenza per una frenicoexeresi che potrà ottenere per altra via la compressione del polmone e l'occlusione del vaso beante.

Senza qui fare la storia e la descrizione delle controindicazioni al Pnx. dirò che queste devono passare in buona parte in seconda linea davanti all'immediato pericolo di vita.

Ad esempio: le controindicazioni per bilateralità diffusa del processo devono essere escluse, perchè il Pnx. emostatico è molto spesso solo temporaneo e una volta raggiunta l'emostasi può essere abbandonato.

Valgono per il Pnx. emostatico le nozioni che devono presiedere all'attuazione del comune Pnx. d'elezione.

È un canone della pratica che nell'istituire un Pnx. l'aria nella prima introduzione debba essere spontaneamente aspirata nella pleura evitando l'introduzione del gas sotto pressione. Mancando un sicuro indice manometrico di decompressione e di aspirazione diretta di gas nella pleura, l'introduzione va sospesa.

Mancando le escursioni manometriche in tentativi diversi e in punti differenti del cavo pleurico ciò vuol dire che le aderenze pleuriche sono estese e tali da impedire un Pnx. anche in minima parte efficace.

Orbene, noi vogliamo sostenere che queste norme che devono essere rigorosamente seguite nella pratica comune pneumotoracica non hanno un valore assoluto per quanto riguarda il Pnx. emostatico.

Intanto la gravità stessa dei casi che richiedono il Pnx. emostatico e l'urgenza di provvedere ci autorizzano ad una maggior audacia d'azione e inoltre — e questo è più importante — è certo che se noi dovessimo limitarci ad eseguire il Pnx. emostatico nei casi in cui il controllo manometrico dimostrasse una decompressione endopleurica, in ben pochi casi potremmo procedere all'introduzione di gas.

La nostra esperienza in proposito ci ha convinto che l'emorragia polmonare quando è grave minaccia di ostruzione le vie respiratorie, determina modificazioni tali anatomiche e funzionali nel polmone da comprometterne gravemente l'elasticità di distensione e di retrazione così da rendere il polmone pressochè rigido.

La pleura inoltre quasi sempre partecipa del processo flogistico polmonare secondario all'emorragia e ne deriva quindi un accollamento dei due foglietti compromettendo la permeabilità e l'indipendenza dei due foglietti stessi.

Deriverà da ciò che al controllo manometrico noi avremo delle escursioni nulle o quasi nulle della colonna di liquido. Dovremo perciò rinunciare ad una introduzione di gas? I casi che esporrò brevemente dimostreranno a parer mio il contrario.

CASO I. — A. P., 36 anni, tubercoloso di guerra. Contrasse la malattia in guerra e in prigionia ed in seguito, migliorato, non si curò più. Riferisce che da qualche mese ha lievi emottisi, di tanto in tanto, ma non vi ha mai fatto caso.

Il 14-III-1932 in pieno benessere viene colto da emottisi violenta ed abbondante di sangue rosso-vivo.

15-III-1932. Ricoverato d'urgenza per il ripetersi dell'emottisi.

E. O.: individuo robusto. Leggera subcianosi delle mucose. Al torace sulla parte anteriore si riscontra ipofonesi sulle fosse sopra e sotto claveari molto più accentuate a destra dove si odono numerosi gruppi di rantoli gorgoglianti a piccole e grosse bolle accompagnati da respiro aspro quasi soffiante; a sinistra invece si ode solo qualche scricchiolio pleuro polmonare con respiro aspro. Toni cardiaci puri. Polso 90 ritmico.

Si presume che l'emorragia provenga dal lobo superiore di destra. Iniezioni di gelatina, adrena-

lina, coaguleno, calcio per os e vescica di ghiaccio sul torace.

Diminuzione notevole dell'emottisi.

16-III-1932. Si ripete emottisi copiosa. Si pratica l'iniezione endotracheale di adrenalina e l'emorragia si calma per riprendere nel pomeriggio in modo imponente. Il malato si presenta al medico, cianotico, dispnoico, con polso piccolo molto frequente. Dato il grave pericolo di vita si decide di tentare il Pnx. emostatico.

Introdotto l'ago sulla linea ascellare destra si avverte di essere in cavità. La colonna liquida del manometro ha dei movimenti appena percettibili attorno allo zero. Introdotti con prudenza pochi cmc. di gas la pressione diventa subito fortemente positiva più 15 + 20 ma si osserva che le escursioni a poco a poco diventano, molto più ampie+10+20. Rinunciare al pneumotorace? Su consiglio del mio primario dott. Galmozzi si decide di insistere per tentar di scollare i due foglietti pleurici e si introducono ancora a poco a poco 50 cmc. di gas. La pressione da prima positiva si va a poco a poco abbassando. Dopo lentissima introduzione di 300 cmc. di gas si ottengono delle pressioni + 5 — 5. Cessazione completa dell'emottisi, lo stato angoscioso e la cianosi vanno a poco a poco scomparendo; il malato si riprende.

21-III-1932. 1° rifornimento di Pnx. Pressione iniziale — 5 + 5, introduzione di 500 cmc. Pressione finale — 1 + 4.

Nei successivi rifornimenti l'esecuzione del Pnx. riesce facile, normale e si continua il Pnx. date le relative buone condizioni del polmone sinistro il quale però dopo qualche giorno presenta fatti broncopneumonici alla base (da aspirazione). Il reperto radiologico fatto il 3-IV-1932 dà:

Il campo polmonare destro appare nella regione superiore oscurato per presenza di numerosissimi noduli di addensamento confluenti. Presenza di modica quantità di aria che stacca lateralmente dalla parte costale il polmone sempre aderente alla base e all'apice. A sinistra sclerosi dell'apice e numerosi focolai di addensamento a tipo bronco-pneumonico sul lobo inferiore.

Il malato non ebbe poi più emottisi.

CASO II. — B. G., 30 anni. Entra il 9 aprile del 1932 in piena emottisi di sangue rosso-vivo abbondante infrenabile. Ammalato dal 1927 di forma fibro-ulcero-caseosa-bilaterale dopo alternative di relativo benessere e riacutizzazione febbrile viene inviato d'urgenza per emottisi.

Soggetto emaciato cianotico, in istato di angoscia, polso frequente, dispnea intensa. Sui due lobi superiori ipofonesi netta con Wintrich sottoclaveare a sinistra dove si odono rantoli gorgoglianti a medie e grosse bolle diffusi. Gli stessi fatti si odono con minore intensità a destra. Si presume che l'emorragia provenga dal lobo superiore di sinistra, per il suono più ipofonetico e la maggior quantità di fatti umidi.

Si decide di tentare il pneumotorace emostatico temporaneo con poca speranza di riuscita date le condizioni generali molto gravi.

Introdotto l'ago sulla linea ascellare sinistra si avverte di essere in cavità. Il manometro oscilla appena attorno allo zero. Si tenta come nel caso precedente introduzione di 5 cc. di gas, introduzione che spinge la colonna manometrica +18 +20, anche qui le oscillazioni si fanno a poco a poco più ampie e dopo qualche istante di attesa accennano a una diminuzione di pressione. Si introducono 50 cc. di aria forzando leggermente. La pressione si mantiene alta ma dopo pochi minuti di attesa si constata che la colonna segna +3 +10. Si insiste e sempre lentamente con le stesse modalità si ottengono, dopo introduzione di 200 cc. di gas pressione +10 +2. Sensazione completa dell'emorragia che riprende leggera il 10-4-32: rifornimento di pnx. Pressione iniziale — 20 — 10 che permette la facile introduzione di 600 cc. di aria. Pressione finale — 5 + 5.

Cessazione definitiva dell'emottisi.

Dopo pochi rifornimenti si deve sospendere per la gravità delle lesioni controlaterali ma le emottisi non si ripetono più. Esame radioscopico praticato pochi giorni dopo l'introduzione del pneumotorace: a sinistra il polmone è completamente scollato dalla parete da discreta quantità di aria. Aderenze all'apice e alla base. Nel parenchima si notano grossi nodi di addensamento sul lobo superiore con zone di iperdiafania nella regione sottoclaveare. A destra campo oscurato da focolai di addensamento a carattere essudativo confluenti e molto più abbondanti alla base.

Come si sa il Pnx. permette al polmone di afflosciarsi non solamente per effetto della compressione diretta ma anche per il suo potere fisiologico di elasticità che durante il Pnx. entra in gioco quando la cavità pleurica da virtuale che era si fa reale coll'immissione di gas.

Potere di retrattilità che nel polmone sano ha per antagonista il potere di distensibilità quando il gas introdotto viene riassorbito.

(Nel polmone malato i fatti patologici diminuiscono le due proprietà; quindi dopo la compressione con il Pnx. il polmone che ha perso in tutto o in parte la sua elasticità per fatti cicatriziali connettivali o per distruzione o per infiltrazione bronco-pneumonica, non ha più il potere di difendersi e la compressione rimane con i suoi effetti terapeutici i quali aumentando l'ischemia aumentano i fatti di neoformazione connettivale).

Nei casi in discussione l'emottisi copiosissima ha prodotto occlusione, otturazione da riempimento di sangue dei lumi bronchiali con consecutiva anossiemia e stasi, accentuata ancor più dalla tosse che nella sua fase inspiratoria aumenta il calibro dei vasi e ne favorisce una replezione maggiore di sangue. Questo circolo vizioso mantiene e aumenta stasi e iperemia che alla loro volta contribuiscono all'aumento di volume della massa polmonare trasformandola quasi in un blocco rigido.

Due fattori dunque compromettono la retrattilità polmonare: aumento del volume del polmone e flogosi con accollamento delle due pleure. Si comprende a priori che la mobilità polmonare ne risulterà ridottissima.

Introducendo l'ago in comunicazione con il manometro per tale immobilità polmonare non otterremo che delle oscillazioni minime

o nulle della colonna manometrica. Se si introduce una piccola quantità di aria per la tensione del tessuto polmonare momentaneamente anelastico le pressioni dovranno salire ad una alta positività.

Forzando ulteriormente l'entrata di gas nel cavo pleurico cominceremo a promuovere uno svuotamento graduale e dei vasi e dei lumi bronco-alveolari e di conseguenza si andrà a poco a poco ripristinando l'elasticità polmonare. Le pressioni manometriche allora automaticamente da positive grado grado si faranno negative.

In conclusione nei casi di emottisi imponente le pressioni endopleuriche nulle o quasi e le successive pressioni elevate (dopo le prime piccole introduzioni di gas) non sono una controindicazione assoluta al Pnx. emostatico perchè il polmone si trova in uno stato di rigidità relativa.

Se però le escursioni non tendessero a farsi ampie nè a diminuire colle piccole ripetute introduzioni si dovrà dedurre che esistono aderenze pleuriche tali da non permettere l'entrata di gas, e si dovrà per forza rinunciare al Pnx. emostatico.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce due casi di emottisi tbc. imponenti, in cui il pnt. si dimostrò efficace malgrado in primo tempo incontrasse difficoltà; queste erano ascrivibili non a sinfisi pleuriche, ma a rigidità relativa del polmone.

PROBLEMI DISCUSSI

Reparto di Patologia digestiva e dietetica degli Osp. di Roma
diretto dal prof. PAOLO ALESSANDRINI, primario medico.

Il ricambio del cloro.

Dott. GIORGIO LOLLI, assistente.

La fisiologia e la patologia del ricambio del cloro, hanno richiamato da molto tempo l'attenzione degli studiosi.

Basti soltanto ricordare la lunga serie di lavori delle scuole tedesca e francese (Volhard, Vidal, Ambard) riguardanti precipuamente le nefropatie. Però mentre sino a pochi anni or sono il problema diagnostico, patogenetico e terapeutico era imperniato quasi esclusivamente sull'asserita nocività di un eccesso di cloro nel sangue e nei tessuti, recentemente invece, numerose osservazioni cliniche e ricerche sperimentali, convalidate dalle moderne acquisizioni di chimico-fisica degli umori circolanti e dei tessuti, hanno fatto sospettare che l'insufficienza del cloro non meno, forse anche più del suo eccesso, possa essere dannosa all'organismo.

Il cloro ha un'importanza fondamentale nella regolazione della pressione osmotica, nella regolazione dell'equilibrio acido-base, nella regolazione del metabolismo dell'acqua; essendo quindi strettamente legato alla difesa delle costanti chimico-fisiche necessarie per lo svolgimento di qualsiasi processo vitale, le alterazioni del suo metabolismo, che è influenzato pare anche da centri autonomi ipotalamici (centri del sale) e da ormoni vari (apparato insulare del pancreas, adrenalina, ormoni splenici) debbono essere studiate ed interpretate in una numerosissima serie di condizioni morbose. Questo nuovo orientamento, che trae lo spunto dalle ricerche di Mac Callum (1920) ha dato frutti già notevoli, anche dal punto di vista terapeutico; ma sopratutto ha suscitato dei problemi che varrà la pena di approfondire. Ricorderò soltanto quelle ricerche che sembrano più importanti dal lato clinico. Alcune di queste, specie quelle provenienti da fonte francese, sono in parte infirmate perchè non sufficientemente esatte dal lato metodologico. La semplice determinazione della cloremia plasmatica, unico dato fornito in alcuni lavori (specie nei meno recenti) si è dimostrata per molte ragioni, che non è qui il caso di esporre, non bastevole a fornire un criterio esatto per la valutazione del metabolismo del cloro. Occorrono determinazioni sia della cloremia plasmatica, sia di quella globulare, occorrono determinazioni ripetute nel tempo. Solo in tal modo, con lo studio del rapporto tra cloro del plasma e cloro dei globuli, con lo studio delle modificazioni di tale rapporto nel tempo, si possono avere dati attendibili.

Per ciò che riguarda le nefropatie, tralascio senz'altro perchè troppo nota, tutta la questione della ritenzione clorurata. Val solo la pena di ricordare come la pretesa azione idropigena del sale sia notevolmente infirmata dalle recenti ricerche: somministrazioni abbondantissime, massive, di cloruro sodico, non hanno quasi mai provocato insorgenza di edemi; anurie di origine varia con ipercloremia anche notevole, possono decorrere sino alla morte senza traccie di edemi. D'altro canto, in nefriti specie se croniche, specie se giunte allo stadio dell'insufficienza renale completa, è frequente l'ipocloremia che decorre sino ad un certo punto parallela all'aumento dell'azoto non ureico del sangue ed all'aumento dei prodotti tossici della serie aromatica, rivelati questi ultimi dalla positività marcata della reazione xantoproteica nel sangue. Sono stati inoltre studiati recentissimamente pochi casi di nefriti croniche riacutizzate, in cui ad un brusco aumento del tasso azotato nel sangue, corrispose una brusca caduta della cloremia, e in cui una pronta reclorurazione valse a ricondurre i pazienti allo stato preesistente all'episodio acuto. L'interpretazione di questi fenomeni offre non poche difficoltà. Non sempre è stato possibile riferire l'ipocloremia acuta sopravveniente nei nefritici cronici, a perdite di cloro causate da vomiti o da diarree tossiche, che in molti casi mancarono del tutto; tanto meno ad accresciuta eliminazione del cloro per le orine. Più seducente, sebbene per ora fondata su deboli basi, è l'ipotesi emessa in primo tempo da Hadden e Orr, per spiegare l'ipocloremia da occlusioni intestinali, ed applicata recentemente da Chabanier e Lobo-Onell alle ipocloremie dei nefritici cronici: che esista cioè più che non una perdita di cloro, una mobilizzazione di cloro dal sangue ai tessuti, destinata a neutralizzare sia pure parzialmente quella disintegrazione delle proteine tissulari, aumentata quantitativamente, e alterata qualitativamente, che è così caratteristica delle nefropatie uremigene. L'ipotesi suddetta si basa principalmente su tre dati di fatto:

1) il parallelismo tra ipocloremia ed aumento della disintegrazione proteica, aumento dimostrato dai reperti ematici ed urinarî;

2) la constatazione sperimentale di una vera cloropessia tissurale a livello di tessuti od organi ad arte flogosati, traumatizzati, ustionati, e quindi sede di processi autolitici;

3) la provata, se pur parziale, efficacia della terapia reclorurante, arma destinata a frenare così la disintegrazione proteica aumentata ed alterata.

Metabolismo del cloro e metabolismo delle sostanze proteiche appaiono quindi strettamente collegati l'un l'altro.

Ulteriori osservazioni compiute fuori del campo delle nefropatie, convalidano tale asserzione. Wipple, Mac Callum, Hadden e Orr, per non citare che i principali autori, constatarono parallelismo tra aumento del tasso azotemico e diminuzione del tasso cloremico nelle occlusioni intestinali, nelle stenosi piloriche; Blum, Borst, Strauss, constatarono lo stesso fenomeno nel colera, nelle gastro-enteriti acute, nell'ileo-paralitico, nei decorsi postoperatori burrascosi, in casi di vaste scottature, in infezioni gravi, in avvelenamenti da tossici svariati. Se in alcune condizioni morbose quali le gastro-enteriti acute, i vomiti incoercibili delle gravide, i vomiti degli occlusi, si può pensare che l'ipocloremia sia primaria e l'iperazotemia secondaria, in altre al contrario, quali alcune infezioni, intossicazioni, ustioni, ben caratterizzate da processi di autolisi dei tessuti, l'ipocloremia sembra secondaria all'iperazotemia. Tralasciando tutte le ipotesi emesse a sostenere ora l'ipocloremia, ora l'iperazotemia, quale fattore scatenante primo della grave perturbazione umorale, resta assodato che una volta questa instauratasi, può insorgere per così dire un circolo vizioso, ove le alterazioni dei due metabolismi s'influenzano vicendevolmente e in senso progressivamente sfavorevole per l'organismo; circolo vizioso che talora può venire interrotto da una pronta terapia reclorurante.

Circa l'efficacia di tale terapia, l'esperienza è scarsa ed i pareri discordi. Premesso che constatata una vera ipocloremia, la somministrazione di cloruro sodico deve essere fatta rapidamente, in dose sufficiente (15-30 gr. *pro die*) e per via endovenosa, mi pare opportuno suddividere in cinque gruppi le malattie in cui in base ai dati della letteratura, la terapia clorosodica è stata oggetto di studi accurati.

Tralascio perciò casi isolati, non sufficientemente dimostrativi.

1) *Nefriti croniche riacutizzate; poussées di azotemia con ipocloremia.* — Sembra anzitutto assodato che nelle nefriti non idropigene la somministrazione di cloro sia del tutto innocua. Essa migliorerebbe anzi notevolmente lo stato generale, influendo in particolar modo, con meccanismi interpretabili solo in via ipotetica, sul quadro gastro-enterico: vomiti, diarree. La reclorurazione agirebbe inoltre sulla azotemia: non naturalmente in senso totalitario, ma soltanto sulla frazione corrispondente alla poussée acuta.

2) *Nefriti mercuriali.* — In nove casi studiati da Chabanier e Lobo-Onell, tutti con quadro umorale di iperazotemia e ipocloremia, la somministrazione di cloruro sodico endovena a forti dosi condusse costantemente alla guarigione.

Tali risultati, dato che pare si trattasse di avvelenamenti con forti dosi di veleno, sono così sorprendenti da sembrare inattendibili. La nostra esperienza in proposito è basata su di un solo caso, ma è del tutto negativa. In una nefrite mercuriale grave capitata a S. Spirito (Sala Flaiani) potemmo si constatare una marcata ipocloremia concomitante ad una forte iperazotemia: però la te-

rapia cloro-sodica istituita tempestivamente e nelle dosi segnalate dagli autori francesi, non valse minimamente a modificare il gravissimo quadro clinico che terminò con l'esito fatale.

3) *Ileo meccanico e dinamico.* — Nell'ileo meccanico la terapia clorosodica può avere valore soltanto sintomatico; ma non è perciò meno importante; destinata a combattere le ripercussioni generali determinate dalle sostanze tossiche liberatesi a livello della zona occlusa, può avere notevole efficacia specie nella fase postoperatoria. In tale senso parlano le numerose ricerche degli AA. americani e francesi. Nell'ileo dinamico, per le sue proprietà peristaltogene, pare che il cloro possa avere valore di mezzo terapeutico causale, oltrechè sintomatico.

4) *Accidenti postoperatori vari, caratterizzati da presenza di ipocloremia e iperazotemia.* — Non riferibili direttamente al tipo dell'intervento subìto dall'ammalato: vomiti coercibili non dipendenti da ostacoli meccanici, ilei paralitici, fenomeni gravi di insufficienza cardiaca non giustificati dalle condizioni cardio-vascolari del paziente preesistenti all'intervento, sindromi pseudo-peritonitiche a peritoneo indenne, ecc. Tutte queste condizioni, se coesistano ipocloremia e iperazotemia, sarebbero giustiziabili da una pronta terapia cloro sodica.

5) *Vomiti incoercibili delle gravide.* — L'ipocloremia spesso constatata in tale stato morboso, sarebbe strettamente connessa con la perdita di cloro che avviene attraverso il vomito. L'ipocloremia influirebbe quindi sul ricambio proteico, determinando così iperazotemia che potrebbe essere spesso troncata dalla terapia cloro-sodica.

Dall'esame or ora praticato, risultano evidenti i molteplici rapporti del metabolismo del cloro con le più complesse funzioni del nostro organismo; risulta anche che le alterazioni più marcate del detto metabolismo si osservano in ammalati nei quali le funzioni gastro-enteriche sono più o meno alterate. Vale la pena quindi di indagare ancora le relazioni intercorrenti tra cloro e tubo digerente. Vari AA. francesi, tedeschi, polacchi, cinesi si sono occupati dell'argomento. Cominciando dallo stomaco, risulta oramai ben dimostrato che le oscillazioni anche fisiologiche della secrezione gastrica, modificano, sia pure transitoriamente il metabolismo del cloro; che le modificazioni di detto metabolismo, influenzano a loro volta il tipo della secrezione gastrica. Stimolando ad esempio la funzione secretoria dello stomaco, con un pasto alcoolico, è stata notata una transitoria, ma netta e costante ipocloremia, che viene rapidamente compensata mercè due meccanismi: la riduzione della eliminazione del cloro attraverso le orine e l'attiva mobilizzazione del cloro che dai tessuti viene convogliato verso il torrente circolatorio allo scopo di ristabilirvi l'equilibrio momentaneamente turbato. Viceversa, inibendo la secrezione gastrica con atropina non solo non si provoca ipercloremia, ma ipocloremia: tale risultato paradossale, viene interpretato attribuendo all'atropina un'azione inibitrice della mobilizzazione tissurale del cloro, esplicantesi forse attraverso il sistema nervoso vegetativo. Che una regolazione nervosa intervenga nella distribuzione fra cloro dei tessuti, cloro del sangue, cloro destinato alla secrezione gastrica, risulta anche dalle ricerche di fonte polacca, riguardanti l'azione del novasurol sul metabolismo del cloro; questo farmaco che con ogni probabilità ha un punto di attacco tissurale, può provocare attraverso modificazioni della cloremia, modificazioni dell'eliminazione del cloro attraverso la parete gastrica: la serie dei rapidi compensi susseguenti alle perturbazioni provocate dal novasurol, è una prova di più dell'esistenza di complessi meccanismi di regolazione, con ogni probabilità dominati da superiori centri ipotalamici (centri del sale). Se agili e pronti sono i compensi in condizioni fisiologiche, ben più difficilmente essi possono instaurarsi in una condizione patologica, quale è il vomito. Qui non si tratta più di una transitoria ipocloremia, facilmente dominabile. Quel cloro che normalmente viene eliminato attraverso lo stomaco e poi in gran parte riassorbito a valle, è in tale caso del tutto perduto per l'organismo. Quale che sia la causa prima, si instaura un circolo vizioso ove il vomito provoca ipocloremia e l'ipocloremia provoca a sua volta il vomito: così attraverso le già note alterazioni del metabolismo proteico, insorge uno stato morboso talmente grave da poter essere mortale.

Per ciò che riguarda i rapporti tra cloro e intestino, la constatata coesistenza di paresi intestinale e ipocloremia, la provata azione peristaltogena delle soluzioni ipertoniche di cloruro sodico introdotte endovena, azione che è stata anche controllata sperimentalmente, fanno ammettere con sicurezza una influenza del cloro sulla motilità dell'intestino. Le ricerche in questione sono ancora scarse: ma forse ulteriori studi potranno far luce sul vecchio e ancora tanto oscuro problema della stitichezza e della diarrea.

Questi sono i dati fondamentali sulla patologia del cloro, desunti dall'esame della più recente letteratura in argomento; dati che, se pur scarsi, sembrano interessanti, perchè offrono lo spunto a nuove interpretazioni patogenetiche, a nuove applicazioni terapeutiche.

Ho volutamente sorvolare sui rapporti tra cloro e metabolismo idrico: tra cloro e regolazione dell'equilibrio acido-base. Essi esigerebbero una particolareggiata trattazione che esorbita dal tema che mi sono proposto.

RIASSUNTO. — Rivista sintetico-critica sul metabolismo del cloro, con particolare riguardo alle ipocloremie.

SUNTI E RASSEGNE

TUMORI.

Sviluppo sperimentale di tumori spontanei con le irradiazioni solari in relazione con l'eliotropismo della colesterina.

(A. H. ROFFO. *La Prensa Medica Argentina*, 29 novembre 1933).

L'A. avendo osservato l'enorme sviluppo dei tumori cutanei nelle regioni esposte maggiormente alle irradiazioni solari come faccia e mano, ha fatto uno studio profondo che dura da parecchi anni ed ha potuto constatare, che nell'ipercheratosi cutanea, lesione che evolve verso il carcinoma, domina un fenomeno fotodinamico. Perchè si produca ciò sono necessari i seguenti fattori: la cellula vivente, e una sostanza sensibilizzata fotodinamica, la presenza di ossigeno e le irradiazioni solari. La sostanza sensibilizzatrice sarebbe la colesterina che è dotata di una evidente fotoattività e di una funzione energetica in relazione con l'accrescimento cellulare.

Le sue esperienze gli hanno permesso di constatare tre proprietà importanti di questa sostanza:

1) la ipercolesterinia del tessuto canceroso;

2) l'eliotropismo di essa;

3) la sua fotoattività.

E infatti la colesterina si trova in molta maggiore quantità nella cute maggiormente esposta alle irradiazioni solari che non in quella coperta dagli abiti o altro.

Negli animali lasciati in camera oscura per un lungo periodo di tempo si ha una forte diminuzione della colesterina in rapporto a prima.

Dalle sue esperienze fatte su ratti, che irradiava con raggi ultravioletti con dose massima di 14 unità e per un periodo di tempo di irradiazione progressivamente crescente 5 minuti il primo giorno fino a 1.200 minuti il 14° e pur mantenendo questa dose fino a morte dell'animale, ha potuto trarre le seguenti conclusioni:

1) L'esperimento fatto con i raggi dello spettro solare invisibile, con una lunghezza d'onda da 1.800 a 3.400 unità Angs, produce lo sviluppo di tumori maligni senza l'intervento di altri agenti.

2) I tumori sono di tipo epiteliale, carcinomi con marcata anaplasia, e sarcomi voluminosi tipo fusocellulari.

3) Questi tumori raggiungono il massimo di sviluppo dai 7 ai 9 mesi e si originano nelle regioni depilate come orecchio e congiuntiva oculare.

4) L'azione dei raggi non è specifica per determinate varietà di cellule, potendosi sviluppare tanto le epiteliali, quanto le connettivali.

7) La percentuale di questi tumori è non solo elevata 100%, ma si producono nello stesso animale diversi tumori che presentano tipo istologico distinto.

8) Unitamente alle irradiazioni interviene, nella produzione di questo processo, una ipercolesterinia locale che precede le prime manifestazioni istologiche provocando così una modificazione biochimica del terreno.

9) Questa ipercolesterinia tissurale si produce localmente nell'uomo, nelle regioni non protette dai vestiti e negli animali nelle regioni depilate naturalmente.

10) L'azione dei raggi solari è, nella produzione delle lesioni, in relazione con l'intensità attinica e non con quella luminosa dello spettro solare. N. DI PAOLA.

Il cordoma vertebrale.

(SIMON. *Deuts. z. Chir.*, nov. 1933).

I tumori provenienti dalle cellule della *chorda dorsalis* possono insorgere in tutto il tratto dello scheletro assiale dorsale. Quelli da più tempo noti sono quelli benigni, da Virchow denominati cordomi. Il primo cordoma maligno venne descritto nel 1903 da Grahl e da allora se ne sono accumulati numerosi casi nella letteratura.

Coenen divide i cordomi in craniali, vertebrali e precoccigei. I più frequenti sono i primi (presentantisi in corrispondenza del Clivus Blumentachii), poi vengono in ordine di frequenza quelli caudali ed in fine, i più rari, quelli vertebrali.

L'A. enumera i pochissimi casi finora noti di tale forma, e riferisce su un caso da lui osservato. Si trattava di una donna di 57 anni, presentante disturbi della deglutizione seguiti dalla comparsa di un tumore di media grossezza al lato D. del collo, e da dolori alla spalla e all'arto sup. di D., nonchè da ipotrofia dei corrispondenti gruppi muscolari.

All'atto operativo si riscontrò un grosso tumore proveniente dalla III C. ed occupante lo spazio prevertebrale, dalla III alla VI C. Asportazione, scalpellamento della III C. Due anni dopo, recidive numerose sottoposte ad irradiazione.

Il tumore asportato presenta il seguente quadro istologico: struttura lobiforme: 2 tipi di cellule: grosse cellule vascolari (fisalipere) a ricco tenore in glicogene e presentanti la reazione della sostanza mucosa e piccole cellule poligonali. Si ha cioè la riproduzione dei due elementi fondamentali della Chorda Dorsalis: Chordazellen e Chordoblasten.

La degenerazione mucosa delle cellule fisalifere non si riscontra nella Chorda normale. Si riscontra bensì nella Chorda D. in via di regressione. Le cellule poligonali non mostra-

no invece caratteri diversi da quelle della Ch. D. normale.

In altre zone del tumore si riscontrano gli stessi elementi morfologici ma presentanti un cospicuo squilibrio numerico fra i due tipi di cellule. Questo carattere è da considerare come una manifestazione di atipicità. Inoltre in alcune zone si riscontrano numerose e fisalifere assolutamente atipiche.

Da una revisione dei casi finora noti nella letteratura di cordoma, risultano le seguenti considerazioni in parte di carattere morfologico, in parte di carattere clinico.

La struttura dei casi noti corrisponde ai seguenti 4 tipi fondamentali:

1) Cordomi prevalentemente fisaliferi.

2) Cordomi prevalentemente costituiti da cellule poligonali.

3) Cordomi a carattere infiltrativo.

4) Cordomi a struttura carcinomatosa.

Si ha cioè una serie di passaggi da tipi indisensibilmente benigni ai tipi più assolutamente maligni.

Se invece si considera il decorso clinico del cordoma, si nota come esso non sia mai assolutamente benigno. Esso dà sempre recidive inoperabili. Recidive mancano solo in un caso della letteratura, caso da considerare con prudenza, trattandosi di un paziente avente subito una intensa irradiazione post-operatoria. Metastasi compaiono d'altra parte solo eccezionalmente (8 casi) e in casi in cui non esistevano caratteri istologici di malignità. Dobbiamo quindi, rilevando questa discordanza fra carattere morfologico e carattere clinico del cordoma, considerare il cordoma, anche il morfologicamente più benigno, come un tumore essenzialmente maligno, tendente a recidive inoperabili.

In quanto all'origine, si può con quasi sicurezza affermare che il cordoma si origina da resti intravertebrali della Chorda Dorsalis.

ALDO CALÒ.

Tumori dell'orbita.

(DOBRANIECKI e SOWIAKOWSKI. *Journ. d. chir.*, t. 42, agosto 1933).

Sulla base di 44 casi di osservazione personale D. e S. tracciano il quadro clinico, i quesiti diagnostici e la terapia di questi tumori dividendoli in: 1) tumori del bulbo oculare; 2) tumori delle pareti ossee e dei tessuti retrobulbari; 3) tumori sviluppatisi nei tessuti vicini e cioè: *a*) tumori cutanei periorbitari; *b*) tumori del mascellare superiore; *c*) tumori del seno frontale. In un caso di protrusione dell'occhio la diagnosi non fu possibile nemmeno all'intervento esplorativo, e in un altro caso si trattava di atresia congenita delle orbite.

Tumori bulbari: 7 casi di cui 3 melanosarcomi e 4 sarcomi fusocellulari. Cominciano generalmente con disturbi visivi e dolori. Il globo oculare è protruso e deviato; successivamente si ha iniezione della congiuntiva e opacamento delle sclere; talora nella camera anteriore si possono scorgere masse neoplastiche. Si può osservare anche enoftalmia quando il neoplasma ha distrutto le pareti orbitarie. La radiografia, in tal caso, può darci dati positivi. I gangli linfatici preauricolari e sottomascellari omolaterali sono spesso sede di metastasi.

Su 7 casi operati, 3 morti, 3 vivi e uno perduto di vista. Il tipo d'intervento fu l'*enucleazione* o l'*exenteratio* con tamponamento, senza legatura dell'arteria oftalmica e senza sutura delle palpebre. Anestesia locale in tutti i casi.

Tumori retrobulbari: 14 casi in prevalenza sarcomi e angio-fibro-sarcomi. Hanno evoluzione lenta con disturbi funzionali (indebolimento visivo, diplopia, emicrania, vertigini, ronzii, lacrimazione) e successivamente anatomici (esoftalmo, deviazione del globo, cheratite, congiuntivite, irite, edema della papilla).

I gangli preauricolari nei 14 casi di D. e S. non erano interessati; frequente invece era l'adenopatia sottomascellare. La radiografia ordinariamente è negativa; solo nei casi avanzati con invasione e distruzione della parete orbitaria diviene positiva.

Su 14 casi operati 8 vivi da 8 mesi a 9 anni, 1 morto dopo 3 anni, 1 recidivato dopo 21 anni, 4 perduti di vista. Come via di accesso per questi tumori è stata praticata la resezione temporanea dell'orbita secondo Krönlein che dà luce sufficiente risparmiando il globo: se questo o le parti vicine sono invase dal neoplasma si può procedere subito all'*exenteratio* e alla asportazione delle parti infiltrate. Anestesia regionale iniettando 1/2-1 1/2 cmc. di novocaina al 2 % nel ganglio di Gasser per il forame ovale. Come complicazioni postoperatorie hanno notato ernie cerebrali, mal di testa, disturbi della vista, cheratite, irite.

Gli AA. ricordano quindi le varie vie di accesso allo spazio retrobulbare.

Tumori delle vicinanze: a) *dei tegumenti*, 8 casi: 2 trattati con radioterapia, morti ambidue, e 6 operati con 3 recidive, 1 vivo da 2 anni e 1 perduto di vista; si trattava di epiteliomi delle palpebre con invasione secondaria del bulbo, con perdita della vista, adenopatia preauricolare e sottomascellare, per il che erano stati necessari interventi demolitivi estesi.

b) *del mascellare superiore propagati all'orbita*: 10 casi prevalentemente sarcomi fuso- e globo-cellulari: 5 morti, 2 vivi da 1 a 3 anni e 3 perduti di vista. La radiografia dà immagini assai nette. L'intervento chirurgico va regolato caso per caso a domanda delle lesioni.

Nella maggior parte dei casi D. e S. hanno praticato la resezione del mascellare super. con asportazione della parete inferiore o interna dell'orbita.

c) *Tumori e pseudo-tumori del seno frontale* propagati all'orbita: 3 casi di cui 2 mucoceli e 1 colesteatoma, tutti guariti.

G. PAGETTO.

Il cancro dell'ano.

(BENSAUDE, SAINT-OURY, POIRIER. *Presse méd.*, n. 92, 1933).

Vanno qui considerati i neoplasmi del margine cutaneo mucoso e quelli del canale anale.

Etiologia. — Generalmente primitivo può essere eccezionalmente secondario a un cancro del retto.

È raro al di sotto dei 40 a. e colpisce con frequenza di poco maggiore il sesso maschile. Spesso è preceduto da altre affezioni come fistole, emorroidi, irritazioni croniche.

Sintomatologia. — L'inizio è difficile a precisarsi, i primi disturbi riferiti dagli ammalati rimontano da due mesi fino a tre anni prima.

Il dolore non deve ritenersi il segno classico; per quanto frequente, la sfinteralgia, può mancare. Le emorragie costituiscono la regola e talora sono abbondanti. I premiti esistono nella metà dei casi. Costipazione e diarrea si constatano con eguale frequenza. Esistono inoltre delle forme che non danno alcun disturbo funzionale.

Obbiettivamente si deve distinguere il cancro dell'orificio o del margine anale e il cancro del canale anale.

Sull'orificio il cancro può risiedere in qualunque punto. Può assumere principalmente due aspetti: quello vegetante e quello ulcerato; il primo ha per lo più la figura di un cavolfiore di volume variabile da una ciliegia a un mandarino. Il tumore è duro e sanguina facilmente. Il secondo ha il classico aspetto dell'ulcera cancerosa a margini eversi. Accanto a queste forme atipiche debbono riconoscersi altre forme atipiche a tipo di erosione pianeggiante, altre di aspetto francamente fessurale. Occorre distiguerlo dalle varie lesioni veneree del margine anale; così nella forma piana come in una possibile forma pseudo-condilomatosa. Talora infine il cancro anale assume un aspetto pseudo-emorroidario.

Vi sono anche dei casi in cui esso si fa luce attraverso la parete a tre o quattro cm. dall'orificio (cancro extra-marginale). In tutte queste forme due dati hanno una grande importanza: la durezza della lesione e la « colata » neoplastica lungo il canale anale.

Di fronte ad essa è anzi talora difficile determinare quale sia la manifestazione primitiva.

Nel canale anale l'esame deve essere completato con l'endoscopio.

Tre forme si hanno: la vegetante, l'ulcerosa, l'infiltrativa. Le due prime forme sono simili a quelle già descritte per l'orificio. La forma infiltrante può confondersi con una stenosi infiammatoria. Ma mentre il restringimento infiammatorio è altosituato a 5 o 6 cm. dall'ano, l'infiltrazione cancerosa occupa per lo più quasi tutta la lunghezza del canale.

Le metastasi si hanno precocemente nei gangli inguinali più raramente verso i gangli precoccigei.

Quanto alla forma istologica talora si tratta di epiteliomi pavimentosi, talora di epiteliomi ghiandolari.

La forma pavimentosa è per lo più a cellule basali.

La radiumterapia nell'epitelioma pavimentoso può dare eccellenti risultati.

L'amputazione perineale allargata deve applicarsi soprattutto all'epitelioma ghiandolare, ma in questa localizzazione i risultati sono meno soddisfacenti che nelle altre localizzazioni dei cancri del retto. B. PAGGI.

ALLERGOSI.

Le idiopatie tossiche: il gruppo asma-urticaria-febbre da fieno con speciale riguardo alla cura.

(F. FREEMAN. *The Practitioner*, nov. 1933).

L'A. ha già proposto parecchi anni fa (e insiste ora su questo) di chiamare idiopatie tossiche il gruppo asma-urticaria-febbre da fieno, in sostituzione della parola « allergia » che indica una reazione (e non limitata a questo solo gruppo) e non una malattia.

Le idiopatie tossiche sono ereditarie: se si provocano artificialmente con iniezione endovena di estratto di polline in soggetti con febbre da fieno non si ha rinorrea o congiuntivite ma delle varianti (asma, urticaria, emicrania, albuminuria e anche a volte idrartrosi parossistica o epilessia). Le idiopatie tossiche variano non solo in ogni famiglia ma nello stesso individuo. Così un asmatico può avere qualche volta emicrania, qualche volta edema angioneurotico, oppure queste manifestazioni associate.

La cura deve essere basata sopratutto sul meccanismo patogenetico delle manifestazioni patologiche.

Per quanto riguarda l'eredità, si eredita non un'idiopatia tossica, ma la tendenza ad averne una o più. Da questo punto di vista il problema interessa l'eugenica.

Nelle idiopatie tossiche si ha certamente un disturbo metabolico, però non c'è una deviazione dal normale costante in tutti: a volte si ha alcalosi, a volte acidosi, a volte disturbi di una o di un'altra ghiandola endocrina.

Si ha anche un'anomalia serologica (allergia): c'è un'idiotossina che agendo sul siero (idiorecettore) produce i sintomi della malattia.

La diagnosi di idiopatia può essere dedotta dalla storia e dalla prova diretta sulla cute.

La cura delle anomalie sierologiche può essere effettuata in due modi: o evitando la proteina irritante o riducendo e anche abolendo la sensibilità a questa proteina.

L'elemento « località » può avere importanza enorme in alcuni casi e allora è bene cambiare residenza; qualche volta basta cambiare soltanto la camera da letto.

La dissensibilizzazione si può fare in due

modi: o con piccole dosi che si aumentano gradatamente o con grandi dosi che si aumentano sempre più.

Le infezioni batteriche possono qualche volta produrre idiotossine. In questi casi, se c'è un'infezione focale, sarà bene togliere il focus. Si potrà anche ricorrere a vaccini batterici.

Il fattore psicologico è importante in alcuni casi: ci sono dei malati che hanno attacchi asmatici se ridono molto, altri che hanno avuto la prima manifestazione della malattia dopo emozione violenta. Gli psico-analisti dicono di aver guarito coi loro metodi dei casi di asma.

Il fattore psicologico deve essere tenuto in gran conto specialmente per i bambini: si eviterà che abbiano contatto con persone irritabili e si cercherà di creare un ambiente quieto.

La cura collo shock è utile in qualche caso e si fa col peptone o coll'iniezione endovenosa di stock-vaccino antitifico.

In alcuni casi in cui i sintomi della idiopatia sono nettamente di natura riflessa, bisognerà agire sullo stimolo: così negli asmatici si estirperanno i polipi nasali se ci sono.

R. LUSENA.

Recenti studi immunologici sull'ipersensibilità al tabacco.

(MARION B. SULZBERGER. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 6 gennaio 1934).

L'Autrice ha studiato malati di tipica tromboangioite obliterante e un gruppo di controllo rappresentato da fumatori e non fumatori non affetti da questa malattia. Le ricerche sono state condotte partendo dalla teoria che la tromboangioite obliterante possa essere una malattia in cui la importanza patogenetica del tabacco sia importante e sia determinata dall'ipersensibilità di alcuni gruppi vascolari od allergeni circolanti derivati dal tabacco o contenuti in esso.

L'ipersensibilità specifica circoscritta è più nota per la cute (eruzioni da medicamenti); ma c'è anche per organi interni (così si potrebbero interpretare i casi di atrofia gialla acuta del fegato per piccole dosi di cincofene, i casi di asma da chinino, ecc.).

È il vecchio concetto del *locus minoris resistentiae*. A questo si deve anche aggiungere un'elettività speciale dell'allergene: così il chinino e la formaldeide attaccano la cute sola mentre le fragole e i preparati iodici agiscono sui vasi degli strati superiori della cute.

Inoltre successivi shocks ripetuti provocano reazioni organo-tissurali come pure permanenti alterazioni croniche dei tessuti stessi.

A questi concetti bisogna aggiungere quello dell'idiosincrasia, che secondo l'A. è più una differenziazione quantitativa piuttosto che qualitativa dal normale, e quello che il tessuto che reagisce negli shocks è il vascolare. Anche nell'asma, secondo recenti ricerche, la prima reazione si ha nei vasi sanguigni che si alterano (aumenta la loro permeabilità, si ha stravaso di liquido e di cellule). Per la reattività dei vasi cutanei, la cute rappresenta la zona su cui si può saggiare la sensibilità degli individui alle varie sostanze.

L'A. ha usato 10 diversi estratti di tabacco, di cui 6 preparati con tabacco da sigarette e da pipa secondo il metodo di Coca, 2 con foglie di tabacco e 2 con una mistura di moltissime varietà di tabacchi. Questi estratti erano denicotinizzati finchè dosi di 1 cc. non erano più mortali per i topi. Adoperarono anche soluzione al 0,4 % di solfato di nicotina, che diluita 2 volte e mezza, e iniettata al topo in dose di cc. 0,2 lo uccideva in 2-5'.

Su 24 malati di tromboangioite obliterante, 19 (78 %) diedero reazione positiva agli estratti di tabacco. Questo coincide colle osservazioni di Harkavy e collaboratori.

Su 95 fumatori ricoverati in ospedale per malattie diverse da tromboangioite obliterante e 50 adulti sani si ebbe reazione nel 36 % dei casi, con numero percentuale uguale tanto nei malati che nei sani, nelle donne che negli uomini, negli ebrei e non ebrei.

Su 88 non fumatori, solo 9 (16 %) davano reazioni cutanee positive al tabacco.

Da queste osservazioni si può concludere che esiste la sensibilizzazione al tabacco, che questa dà sensibilità degli strati vascolari cutanei al tabacco, e che la percentuale di persone che reagiscono al tabacco è più alta nei malati di tromboangioite obliterante che negli altri fumatori.

Una reazione cutanea si deve ritenere positiva se è provocata da sostanza usata in concentrazione scarsa, tale da non dare di per sè sola una reazione locale, e la persona che reagisce ha avuto contatti colla sostanza stessa e i controlli sono negativi. Clinicamente si deve dare importanza ad una reazione cutanea quando la sostanza che la provoca può clinicamente essere ritenuta causa di una alterazione, quando l'eliminazione della sostanza stessa migliora o guarisce il malato, e i successivi contatti riesacerbano la malattia.

Nei riguardi dei malati di tromboangioite obliterante, c'è certamente in essi una percentuale alta di individui che reagiscono al tabacco, la cessazione del fumo tende ad arrestare il processo e questo peggiora colla ripresa del fumo.

In 18 malati di tromboangioite obliterante si saggiò la sensibilità ad altri allergeni oltre il tabacco: in 1 caso non ci fu nessun'altra reazione, in due casi con reazione negativa al tabacco si ebbe reazione ad altre sostanze inalanti (polvere, piume, Kapok, pelo di gatto); 15 casi erano positivi al tabacco e di essi 10

reagivano anche ad altre sostanze (polvere e sostanze alimentari).

Quindi i malati di tromboangioite obliterante sono in grande prevalenza dei sensibili a varie sostanze, e la sensibilità monovalente tende a diventare polivalente. Così si spiega che la malattia possa comparire anche in non fumatori, ma prevalentemente si ha nei fumatori.

In un'altra serie di esperimenti fu cercato il rapporto fra ipersensibilità della tromboangioite obliterante e altre ipersensibilità, specialmente l'atopia. Non si trovò nessun rapporto coll'ipersensibilità trovata in casi di asma, febbre da fieno, eczemi infantili e neurodermiti disseminate.

La storia familiare dei malati di tromboangioite obliterante studiati dall'A. era negativa per malattie topiche, e negativa era pure per l'anamnesi personale dei malati. In un solo caso si trovarono anticorpi pel tabacco, ma questi anticorpi si trovarono anche in altre malattie.

Per questo, la sensibilizzazione al tabacco nella tromboangioite obliterante non è atopica. In questo gruppo ci sono anche le reazioni urticariche e asmatiche da medicamenti, da siero di cavallo, da punture di insetti, l'asma da *pediculoides ventricosus*.

Sulla natura della sostanza che provoca la reazione al tabacco l'A. non può ancora pronunziarsi definitivamente, può dire solo che resiste alla temperatura umida di 58° per un'ora, che resiste alla irradiazione con raggi X non filtrati alla dose di 6 unità eritema, all'esposizione per un'ora ai raggi ultravioletti e non è distrutta dall'ebollizione per 1'. Probabilmente la sensibilizzazione è dovuta a componenti del tabacco diversi dalla nicotina, la quale è quasi innocua dal punto di vista della sensibilità cutanea (di fronte a molte centinaia di reazioni positive al tabacco ne vide 2 sole e modeste alla nicotina).

Le prove di riproduzione sperimentale di malattie da tabacco sono state fatte senza il metodo della sensibilizzazione. La letteratura degli avvelenamenti da tabacco cita numerose sostanze dannose contenute nel tabacco (basi piridiniche, furfurolo e monossido di carbonio), ma nessuna di queste isolatamente ha riprodotto sperimentalmente l'avvelenamento da tabacco. Probabilmente ciò è dovuto al fatto che l'intossicazione da tabacco si produce col meccanismo della sensibilizzazione. L'argomento merita ulteriori ricerche.

Alla discussione che seguì questa comunicazione parteciparono G. Mill McKee, P. A. O' Leary, W. J. Highman, W. V. Rutledge. Il McKee e Rutledge si sono intrattenuti sulle dermatiti da tabacco. O' Leary ha ricordato gli studi di Brown e Barber sulla sensibilizzazione alla carta da sigarette invece che al tabacco e le ricerche batteriologiche di Harton sul m. di Buerger. R. Lusena.

VASI SANGUIGNI.

Le affezioni arteriose delle estremità.

(A. D. Wright. *Lancet*, 2 dicembre 1933).

La diagnosi differenziale delle affezioni arteriose delle estremità ha molta importanza in relazione alle possibilità di trattamento che varia con le singole forme.

Gli *aneurismi artero-venosi* sono di due tipi, congeniti ed acquisiti. Nel primo tipo si hanno molteplici connessioni arterovenose. L'arto è ingrossato, cianotico, freddo, talvolta più lungo, talvolta più corto del normale in rapporto ad uno stato di iper- o di iponutrizione. In genere si riscontra un angioma diffuso. Il trattamento consiste nell'escissione di un lungo tratto del tronco venoso. Nelle forme acquisite, dovute a lesioni traumatiche simultanee di un'arteria e di una vena contigua si ha una sindrome molto caratteristica. La parte più bassa delle gambe presenta i fatti caratteristici della varicosità del tratto di vena soprastante, nonchè edema e disturbi trofici dell'estremità. A causa del rapido ritorno del sangue venoso il cuore si dilata e s'ipertrofizza. Il trattamento consiste nelle legature dell'arteria e delle vene nei punti sopra- e sottostanti all'aneurisma o nell'escissione della parte comunicante. La legatura della parte prossimale dell'arteria è controindicata perchè provoca gangrena.

L'*embolia arteriosa* delle estremità richiede una diagnosi immediata perchè ogni indugio allontana le possibilità del successo della cura, che consiste nell'incisione dell'arteria, asportazione dell'embolo e sutura della ferita della parete del vaso, oppure nell'escissione della porzione dell'arteria contenente l'embolo. Per lo più l'accidente si verifica in individui affetti da fibrillazione auricolare e stasi cardiaca che provoca la formazione di coaguli nel cuore. Si manifesta improvvisamente con dolore atroce e pallore cadaverico dell'arto con una netta linea di demarcazione.

Le *affezioni che riducono il calibro arterioso* sono di due tipi:

1) quelle dovute a neurosi vasomotorie, malattie per lo più delle donne e degli arti superiori;

2) quelle dovute alla formazione di depositi infiammatori o di altro genere nelle tuniche arteriose, malattie per lo più degli uomini e degli arti inferiori.

I. Al primo gruppo appartengono:

Il *morbo di Raynaud* è una sindrome ben definita che nel 90 % dei casi si verifica nelle donne nella terza decade della vita. Sono colpite le mani più dei piedi. Le dita sono pallide e diventano livide con l'esposizione al freddo. A lungo andare si formano ulceri e gangrene. La cura consiste nella protezione delle parti colpite dal freddo e nell'eliminazione di eventuali focolai settici. Nei casi gravi si può ricorrere alla gangliectomia.

L'*eritromelalgia* è sintomaticamente l'opposto del morbo di Raynaud, le dita sono rosse e calde. Il dolore è spesso intenso. La cura consiste nella simpatectomia.

L'*acrocianosi* è frequente nelle giovani donne. Gli avambracci, le mani, le dita sono bluastre e edematose e sede frequente di grossi geloni. Nei casi accompagnati da forti sofferenze si può tentare l'asportazione del ganglio stellato.

L'*erythrocyanosis crurum puellarum frigida* è un'affezione analoga che colpisce le gambe delle ragazze dopo la pubertà. Consiste in un gonfiore bluastro della parte posteriore delle gambe e del collo del piede, che sono molto freddi. Anche i piedi sono sempre freddi e colpiti spesso da geloni. Un gonfiore sempre molto doloroso esiste all'inserzione del tendine di Achille. La simpatectomia rimane inefficace. Giova ricorrere a calzature larghe e calde.

La *malattia da martello pneumatico* è una forma di morbo di Raynaud, che colpisce la mano destra nei destrimani e la sinistra nei mancini. Si tratta di una malattia professionale che colpisce gli operai scavatori e simili in seguito all'uso prolungato del martello pneumatico. Per lo più non si ha gangrena ma il dolore è sempre intenso.

La *sindrome da costole cervicali* dipende dalla pressione sui nervi vasomotori provenienti dal primo e secondo ganglio dorsale. L'indice è il dito più colpito, e spesso si ha gangrena. La cura consiste nella rimozione delle costole.

Talvolta l'uso delle cruccie provoca una sindrome analoga.

La *sclerodactilia* è caratterizzata da indurimento ed inspessimento delle dita ed è quasi sempre associata con sintomi del morbo di Raynaud. La ganglionectomia è vantaggiosa se praticata nello stadio iniziale.

II. Al secondo gruppo appartengono:

Il *morbo di Buerger, endoarterite o trombo-angioite obliterante*, colpisce esclusivamente i maschi tra i 40 ed i 50 anni, sopra tutto di razza ebrea, ed i forti fumatori. È un'affezione infiammatoria delle arterie e delle vene quasi sempre localizzate alle gambe. I principali sintomi sono: 1) claudicazione da insufficienza dei muscoli delle gambe e dei piedi; 2) ulcerazioni delle dita dei piedi, specie del letto dell'unghia dell'alluce, molto dolorose; 3) flebiti superficiali nella metà dei casi; 4) cambiamento del colore dei piedi con i mutamenti di posizione: rosso cianotico nella posizione pendente, pallido nella posizione elevata; 5) frequente scomparsa del polso della pedidia e della poplitea; 6) improvvise gangrene secche delle dita dei piedi.

La cura è molto difficile a causa del rapido progresso del male. Devono essere eliminati eventuali focolai infettivi e proibito assolutamente il fumo. Si prescriverà l'uso di scarpe comode e fatte di materiale soffice, e tali da mantenere caldi i piedi. Di notte è consigliabile l'applicazione ai piedi di bottiglie calde. Il paziente deve riposare quanto più è possibile. Buerger consiglia di fare esercizi metodici: tenere la gamba sollevata a 60° per tre minuti, tre minuti pendente e quindi cinque minuti in posizione orizzontale.

Quando coesiste il diabete è naturalmente indicata l'insulina.

Talvolta si sono mostrate vantaggiose la proteinoterapia con antigene tifo H e le iniezioni endovenose di soluzioni saline ipertoniche allo scopo di diminuire la viscosità del sangue.

L'assenza della malattia nel sesso femminile ha fatto ritenere utile l'opoterapia ovarica.

È stata tentata la simpatectomia lombare con risultati discutibili.

Nelle forme fortemente dolorose ed ulcerative è consigliabile la sezione o l'alcoolizzazione dei nervi cutanei.

Spesso si deve ricorrere all'amputazione delle dita o dei piedi.

L'*endoarterite traumatica* sembra essere la causa principale del così detto edema traumatico del dorso della mano, l'edema da pressione dei tedeschi o morbo di Secretan dei francesi. Si tratta di una malattia d'importanza medico-legale perchè spesso provocata con manovre autocontusive.

L'*endoarterite diabetica* è una delle affezioni arteriose più diffuse. La dieta e la cura insulinica possono arrestarne lo sviluppo insidioso.

Il *morbo di Mönckeberg* o *arteriosclerosi obliterante* è la malattia della vecchiaia. La media s'inspessisce per ipertrofia di tessuto fibroso e calcificazione, perde la sua elasticità, mentre il lume arterioso si restringe ed infine si trombizza. Si ha così la gangrena delle parti irrorate dall'arteria lesa. La cura è analoga a quella del morbo di Buerger.

L'*endoarterite sifilitica* è raramente localizzata alle estremità. Tuttavia in ogni caso deve essere sempre praticata la reazione di Wassermann, anche nel morbo di Raynaud, che quando è accompagnata da emoglobinuria parossistica è di origine luetica. DR.

La pileflebite.

(HARRY KOSTER e LOUIS P. KASMAN. *Archives of Surgery*, novembre 1933).

L'infiammazione della vena porta può avvenire per tre vie: *a*) via venosa tributaria della porta; *b*) per continuità da organi vicini; *c*) per via arteriosa; i germi possono fermarsi nel fegato per il rallentamento della corrente e raggiungere la vena porta.

In questo articolo gli AA. parlano solo del primo caso di infezione, infezione cioè per mezzo delle vene tributarie della porta. Le sor-

genti più comuni di questa infezione sono l'appendice e la cistifellea. La vena porta presenta in questi casi lesioni infiammatorie e trombosi, i suoi rami sono dilatati e contengono pus o trombi di colorito grigiastro o grigio-nero, il tessuto periportale è infiltrato di pus grigiastro. La superficie del fegato mostra numerose piccole macchie, che alla sezione del fegato si riconoscono come zone suppurative in rapporto con il sistema portale. Negli spazi di Kiernan si osservano zone di necrosi che invadono i lobuli formando delle cavità ascessuali. Queste le lesioni del fegato nei casi avanzati di pileflebite, esse mancano però quando la malattia è all'inizio.

È interessante di notare che gli ascessi metastatici dell'appendice si localizzano nel fegato prevalentemente nel lobo destro e sono per lo più unici. Per spiegare questo fatto Dick ha studiato i fenomeni della corrente sanguigna nella vena porta e ha constatato che sostanze coloranti iniettate nella vena splenica e nelle vene gastriche si localizzano a preferenza nel lobo sinistro, quelle iniettate nelle vene coliche si distribuiscono in tutto il fegato.

Egli ha potuto osservare che il sangue delle vene tributarie della porta si mantiene quasi isolato dalla corrente portale ed ha nel fegato delle zone di elezione a seconda della sua provenienza.

Gli AA., che hanno riscontrato tre casi di pileflebite (uno diagnosticato in vita e gli altri due al tavolo anatomico) su 1027 appendiciti acute, fanno uno studio clinico di questa lesione e ne descrivono i sintomi caratteristici.

Uno dei segni più importanti della pileflebite è il cambiamento della temperatura; se durante una infiammazione acuta di un organo addominale, le cui vene sboccano nel sistema portale, insorgono brividi accompagnati da una rapida ascesa della temperatura, bisogna pensare all'ingresso in circolo di materiale settico dopo il suo passaggio per il fegato. Se questo accade prima dell'operazione può essere di aiuto per una diagnosi completa; dopo un intervento indica una seria complicazione. Il dolore alla regione epatica non è costante. La leucocitosi, che si presume con un'infezione di questo genere, non è sempre presente. L'itterizia è costante ed è uno dei primi segni dell'interessamento del fegato. Quando essa appare precocemente nella malattia, prima che sia stata fatta la diagnosi di appendicite, colecistite ecc., può trarre in inganno attirando l'attenzione sul fegato e facendo trascurare una appendicite che è la causa di tutto. La comparsa dell'itterizia, come complicazione postoperatoria di appendicectomia, dovrebbe far sorgere il sospetto di una pileflebite.

La splenomegalia, presente nella maggior parte dei casi di pileflebite, deve essere ritenuta un buon segno clinico per la diagnosi. Nei casi tipici la diagnosi può essere fatta dal cambiamento di sede dei sintomi, dalla regione appendicolare a quella epatica, in seguito a brividi, rialzo febbrile e tutti gli altri segni enumerati, dopo di aver escluso la presenza di una peritonite diffusa.

La cura di questa lesione è prima di tutto profilattica; appendicectomia precoce in ogni caso di infiammazione appendicolare; e, nel caso che durante l'intervento si trovi una flebite suppurativa del mesentere, bisognerà far precedere all'appendicectomia la legatura o l'escissione della vena ileocolica allo scopo di arrestare il progresso dell'infezione verso la vena porta.

R. MARTONE.

MISCELLANEA.

Il blocco di branca.

(J. T. KING. *The Amer. Journ. of Medic. Sc.*, febbraio 1934).

In un lungo e accurato articolo l'A. discute il quadro clinico ed elettrocardiografico del blocco di branca, basandosi sull'osservazione di un largo numero di malati. Il blocco di branca non è così raro come generalmente si crede; esso accompagna di solito l'arteriosclerosi (sino al 69,5 % dei casi), ma lo si ritrova anche in proporzione minore, nei soggetti sifilitici o in quelli che avevano sofferto di reumatismo, questi due gruppi essendo costituiti da persone di età relativamente più giovane che non il primo gruppo.

Tutte le classi sociali sono ugualmente colpite dal blocco di branca, ma i lavoratori proletari offrono un contingente proporzionatamente più elevato.

La diagnosi si fa esclusivamente con l'elettrocardiogramma; ed a proposito di questo va notato che, mentre l'interpretazione del tipico complesso (allungamento del gruppo QRS, inversione della T e uncinamento di una delle branche della deflessione maggiore) resta invariata, sono stati capovolti i criteri della localizzazione del danno di branca, avendo recentissime indagini sperimentali sull'uomo dimostrato che il cosidetto « levogramma » non indica una lesione della branca destra con conseguente prevalenza sinistra, ma proprio una lesione della branca sinistra; e che quindi, a differenza di quanto si credeva finora, la lesione più frequente è quella a sinistra, e non quella a destra.

Tuttavia l'A. ritiene che anche il reperto ascoltatorio di un primo tono alla punta debole e con sdoppiamento presistolico debba avere significato diagnostico nei riguardi di un blocco di branca.

Su 155 casi, fu notato in 28 allungamento dello spazio P-R, in 36 dissociazione atrioventricolare completa, in 26 fibrillazione auricolare e in 3 flutter.

La massima durata della vita dopo l'accertamento del blocco di branca fu di un anno.

Concludendo, si può dire che questo disturbo della conduzione intraventricolare accompagna di preferenza le alterazioni senili del miocardio: la prognosi è grave e la sua constatazione rende molto precaria la sorte futura di qualunque malato di cuore. V. SERRA.

La paralisi difterica sperimentale.

(G. RAMON, R. DEBRÉ e G. UHRY. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, gennaio 1934).

È possibile provocare nell'animale, nel cane e sopratutto nella cavia, una paralisi difterica ad evoluzione molto simile ai fatti osservati in clinica umana. Secondo la dose di tossina iniettata si può ottenere una paralisi localizzata, che compare dopo una lunga incubazione, retrocede e finisce per guarire oppure una paralisi generalizzata che può anche guarire o terminare con la morte.

Per realizzare a colpo sicuro la paralisi sperimentale conviene impiegare una tossina difterica convenientemente attenuata.

Gli effetti prodotti sono legati rigorosamente alla dose di veleno iniettata e non alla natura degli ipotetici componenti della tossina difterica. È il filtrato tossico, il veleno difterico di Roux e Yersin che è responsabile delle paralisi difteriche e di tutte le lesioni ed i disturbi legati alla difterite.

L'iniezione della tossina attenuata determina nell'animale contemporaneamente paralisi e sviluppo dell'immunità. Quando la paralisi appare e durante la sua estensione, il sangue dell'animale può essere ricco di antitossina.

La fissazione della tossina sul tessuto nervoso è rapida, si verifica nelle prime ore dopo l'iniezione. Nelle esperienze degli AA. l'antitossina ha evitato le paralisi solo se iniettata nelle prime dieci ore dopo l'iniezione di tossina. Passato questo tempo, quali che siano le dosi di siero antidifterico ed il modo di iniezione, la sua azione è nulla; ciò significa dire che *a fortiori* esso non ha sulla paralisi già stabilita alcun potere curativo.

I differenti tentativi terapeutici tentati dagli AA. contro le paralisi difteriche sperimentali sono falliti. Il solo trattamento possibile è preventivo e consiste nell'iniezione molto precoce, molto prima della comparsa dei primi fenomeni paralitici, di una dose sufficiente di siero antidifterico. C. TOSCANO.

La terapia chirurgica del Basedow.

(v. HABERER. *Deuts. z. Chir.*, dicembre 1933).

« Come ogni chirurgo che prenda la denominazione morbo di Basedow in senso stretto, io non dispongo, dopo 32 anni di attività chirurgica, che di 103 casi di basedowiani operati ».

Così l'A., direttore della clinica chirurgica di Colonia, riassume in questa rivista la sua esperienza chirurgica e le sue opinioni attuali sull'argomento. Già molti anni fa l'A. aveva richiamato l'attenzione sulle alterazioni timiche nel corso del morbo di B. e aveva proposto — in caso di notevole iperplasia timica — la resezione di esso. Tale concezione subì successivamente numerose conferme. Così in 28 casi di B. accertati nella Clinica chir. di Innsbruck in 25 offrivano un reperto timico.

Altre conferme sono date dai lavori di Bauer, Hart, Stahukes e altri.

Recentemente anche un allievo di Sauerbruch, Capelle, sembra essersi convertito a questo punto di vista, tuttavia egli concede la timectomia solo secondariamente, cioè nel caso che la tiroidectomia non dia risultati.

Nell'esame del problema non bisogna dimenticare la differenza di decorso del B. nelle varie regioni. Così il B. è molto più grave in Renania che in Austria, mentre in Austria, specie nelle regioni alpine, la compromissione del timo è assai più costante.

v. Haberer ha eseguito 54 tiroidectomie pure (6 morti (11 %), 47 operazioni combinate (4 morti (8%), 2 timectomie pure (nessun morto).

Le autopsie delle 6 strumectomie pure venute a morte dettero un reperto tipico di *status tymicus*.

Le tiroidectomie pure erano state praticate dall'A. in un periodo in cui egli, in seguito alle vivaci polemiche suscitate, aveva abbandonato la operazione combinata.

Dall'esame della sua statistica l'A. trae ora le seguenti conclusioni:

Se si è in presenza di un B. a tipo timico, cioè senza partecipazione della tiroida, va praticata la semplice timectomia. Questi casi costituiscono però un'eccezione.

In presenza di B. con tumore tiroideo, resezione ampia della tiroide, legatura delle 4 arterie, e separazione dell'istmo. Quindi, esame del timo. Qualora lo si trovi sostituito dal solito piccolo lobo grassoso, lo si lasci.

Qualora lo si trovi parenchimatoso, o, a maggior ragione, ingrossato, lo si resechi.

In presenza di un timo così ingrossato da non potere essere asportato dal giugulo, l'A. non esiterebbe ad asportarlo per via sternale.

ALDO CALÒ.

L'anestesia paravertebrale in ostetricia.

(CLELAND. *Surgery Ginecology and Obstetrics*, luglio 1933).

Il problema dell'anestesia durante il parto, non ostante i numerosi tentativi, non è ancora risolto. Sono state sperimentate la narcosi, la rachianestesia, l'anestesia epidurale, l'anestesia regionale. (L'A. non fa cenno del parto durante lo stato di analgesia generale provocato con l'uso della morfina e del solfato di magnesio, o di altri preparati analoghi (ma questi

vari tipi di anestesia sono stati abbandonati gli uni a causa della loro tossicità, gli altri per la sfavorevole azione esercitata sulle contrazioni uterine, altri ancora per la scarsa efficacia. Quest'ultima obiezione riguarda in particolar modo l'anestesia epidurale la quale produce una buona insensibilità del perineo e del canale da parto, ma non ha influenza sui dolori provocati dalle contrazioni uterine. L'anestesia regionale trova un grave ostacolo nella poca precisione delle nostre conoscenze riguardo le vie che seguono gli stimoli dolorifici dall'utero al midollo spinale. Lo studio di queste vie è stato oggetto delle ricerche, molto minuziose e molto pazienti, eseguite dall'A., da sei anni a questa parte, sul cane e sull'uomo, con l'osservazione delle aree di Head, dei riflessi viscero-motori e degli effetti della sezione delle radici posteriori.

Come risultato l'A. ha potuto assodare che gli stimoli provenienti dall'utero decorrono lungo il plesso ipogastrico superiore e il ganglio mesenterico inferiore, raggiungono il midollo spinale con l'undecima e dodicesima radice dorsale posteriore.

In base a queste nozioni in alcune partorienti è stato praticato il blocco dell'XI e XII radice dorsale, bilateralmente, all'inizio del periodo dilatante: le contrazioni sono continuate regolarmente, ma senza alcun dolore da parte delle pazienti. Il periodo espulsivo è stato reso indolore praticando, al momento opportuno, l'anestesia epidurale. Non è stato notato alcun effetto spiacevole sul feto nè sulla madre.

La durata dell'anestesia radicolare e dell'anestesia epidurale è variabile con la quantità di anestetico impiegata e con la sua qualità. Con la percaina, a dosi usuali, si è raggiunta una durata di otto ore; in caso di bisogno l'anestesia può essere ripetuta senza danni.

L. FERRETTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

GIOTTO BIZZARRINI. *Longevità*. Raffaello Giusti, editore, Livorno 1933.

Il titolo di questo libro, che fa seguito agli altri preziosi volumi dello stesso A., ben noto a quanti si occupano di igiene pratica, è bene appropriato per dimostrare un principio, il quale dovrebbe ormai penetrare nella coscienza di tutti: il principio cioè che noi possiamo prolungare tutti la durata della nostra vita perfino di un quarto di secolo, ed anzi possiamo prolungare di altrettanto il periodo produttivo della nostra esistenza, se in tempo evitiamo il logoramento precoce dei nostri organi, e sopratutto di quelli deboli per costituzione. Come si sa, tale logoramento precoce, per cui rari sono i casi di longevità umana, è dovuto a tutte le sregolatezze della nostra vita abituale, per quel che riguarda alimentazione, lavoro, mancanza di razionale esercizio muscolare, vita in ambienti chiusi, polverosi, poco illuminati, uso ed abuso di veleni voluttuari, come tabacco, alcool, caffè, thè, disordini della vita sessuale, così nel senso dell'eccesso, come nel senso del difetto, ambizioni smodate, che mettono il tumulto nel cuore e ne consumano precocemente le fibre più vitali.

Ed ecco come un libro d'igiene, il quale, come questo di Giotto Bizzarrini, s'intitola « Longevità », non può che svolgere in maniera efficace questo grande principio preventivo per il benessere fisico individuale e per il prolungamento della vita umana.

Comincerò col rilevare con grande compiacimento che l'illustre A. dimostra in quest'opera di possedere completamente le più moderne conoscenze scientifiche sui grandi problemi della medicina costituzionale e dell'igiene individuale, cioè di tutto quel nuovo orientamento del pensiero medico ed igienico, che considera innanzi tutto la individualità dei soggetti, i bisogni differenti di cure e di mezzi preventivi, di cui ogni uomo necessita, secondo le disposizioni ereditarie od acquisite di ciascuno: orientamento ben diversamente efficace di quello, che consiste nel predicare consigli e panacee per le masse. Il Bizzarrini tocca poi con mano maestra e sviluppa nel modo più pratico e chiaro per il grande pubblico le quistioni dell'igiene alimentare, che tanta enorme importanza ha oggi acquistato per l'irrobustimento del corpo e la prevenzione delle malattie infettive e del ricambio; la questione dell'igiene respiratoria; la questione dell'educazione fisica razionale e della igiene del sonno; la questione dei lavoratori e della loro difesa dagli ambienti antiigienici di lavoro; infine i grandi e moderni problemi dell'igiene della scuola, dell'educazione sessuale ed eugenetica, della profilassi del cancro e delle malattie veneree.

Non posso che elogiare e raccomandare con tutte le mie forze e con spirito di perfetta solidarietà ed alleanza intellettuale il libro di Giotto Bizzarrini, a quanti vogliono sinceramente mettersi sulla via della bonifica umana razionale, che rappresenta uno dei capisaldi più potenti della politica Mussoliniana.

NICOLA PENDE.

L. BINET. *Traitement de l'asphyxie*. Editori J. B. Baillière et fils. Prezzo Fr. 8,50.

La collezione « Les Thérapeutiques nouvelles » si arricchisce di questa importante monografia di notevole interesse pratico.

Il lavoro è diviso nelle seguenti parti: 1)

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

cause dell'asfissia; 2) patologia dell'asfissia; 3) cura degli asfittici che ancora respirano spontaneamente; 4) la respirazione artificiale; 5) riattivazione del centro respiratorio mediante agenti farmacologici. DR.

R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. *Le poison des amanites mortelles.* Editore Masson, Parigi. Prezzo fr. 60.

Dopo un'accurata descrizione botanica delle differenti forme di funghi che portano il nome di amanite, l'A. fa un'ampia trattazione degli studi chimici, tossicologici del loro veleno, soffermandosi sopra tutto sulle manifestazioni cliniche e sulle lesioni anatomo-patologiche da essi prodotte.

Passa quindi alle questioni medico-legali che tali avvelenamenti importano alla profilassi che impernia sul riconoscimento di tali funghi e sulla loro tempestiva eliminazione, ed infine alla cura. DR.

Bollettino dell'Associazione medica Triestina, anno XXIV, fasc. II. Vol. in-8°, di 300 pag. con figure.

In questo volume, che testimonia la notevole attività scientifica dell'Associazione medica triestina, sono riunite comunicazioni e studi di grande interesse. Ne citiamo qualcuno. L'azygos toracica normale e sue anomalie di decorso nel quadro radiografico (G. Battigelli). Il morbo di Albers-Schönberg (E. Catolla-Cavalcanti). La sierodiagnosi di Besredka per la tubercolosi, nella pratica ginecologica (S. Zuech). Studi sulla pressione venosa periferica (G. Sai) ed altri lavori, fra cui parecchi anche di dermatologia. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 10 febbraio 1934-XII.

Presidenza: Prof. F. A. FODERÀ.

Le prove di laboratorio nella blenorragia latente e nelle sue complicazioni.

Prof. G. VERROTTI. — 1) A differenza di altre infezioni, non si possono utilizzare le prove biologiche largamente nel processo blenorragico latente e nelle sue complicazioni.

2) Il metodo antico dell'acutizzazione di esso mercè l'irritazione chimica della mucosa è ancora il metodo più sicuro per scovrire il gonococco nella blenorragia latente uro-sessuale e nelle complicazioni locali.

3) Resta ancora oggi in prima linea per le complicazioni a distanza la ricerca del gonococco nel sangue in caso di setticemia o negli organi interessati, quando si può; è in seconda linea che si può aggiungere la deviazione del complemento.

4) Il criterio clinico non va mai abbandonato, come quello che avvalora le sopradette indagini di laboratorio mercè il rapporto di svolgimento, successione delle localizzazioni diverse della infezione col focolaio iniziale.

Sul quadro istologico del Bottone d'Oriente

P. REDAELLI. — L'O., sulla base di varie osservazioni istologiche su materiale biopsico di leishmaniosi cutanea (bottone d'oriente), rivede i problemi inerenti alla forma della infiamazione leishmaniosica appoggiandosi alle moderne vedute sulla evoluzione della detta infiammazione nei rapporti con i movimenti immunitari umorali ed istogeni del malato. Illustra in particolar modo un caso singolare per la sua atipia anatomo-clinica.

Lussazione congenita della rotula.

Prof. G. ZURRIA. — Presenta un caso di lussazione permanente della rotula sinistra operato secondo il metodo di Camera, modificato incidendo la capsula al bordo esterno della rotula per permettere la riposizione nella troclea femorale della rotula stessa, esistendo notevole intratorsione del femore. Risultato perfetto.

Artrodesi justaarticolare per coxite tubercolare.

Prof. G. ZURRIA. — Coxite tubercolare destra in nubile di 22 anni, iniziatasi 5 anni fa a sintomatologia fortemente algesica e che non beneficia assolutamente del trattamento ortopedico.

Le lesioni della testa del femore e dell'acetabolo progrediscono malgrado l'immobilizzazione e le cure generali.

Nel 1931 operazione di Robertson-Lavalle, che arresta nettamente i dolori ma lascia invariata l'evoluzione delle lesioni scheletriche.

Nell'aprile 1933 artrodesi juxtaarticolare col metodo Richard.

Notevole e rapido miglioramento delle lesioni tubercolari; perfetto attecchimento e sviluppo del trapianto osseo; deambulazione possibile, indolora; stato generale florido.

Ascesso cerebrale da Actinomyces albus (Rossi-Doria).

E. MUSCATELLO. — L'O. compie osservazioni batterioscopiche, ricerche culturali e biologiche a proposito di un caso di ascesso cerebrale in un soggetto portatore di schegge metalliche per ferita cranica d'arma da fuoco riportata in guerra, 15 anni prima. Osserva ed isola il materiale patologico prelevato durante un atto operativo, un micromicete che identifica per Actinomyces albus (Rossi Doria); dimostra che a questo ceppo fungino è legata l'etiologia dell'ascesso cerebrale che appare come una localizzazione clinicamente primitiva del fungo, non essendosi potuti dimostrare focolai actinomicosici conclamati extracranici nel paziente. Il ragionamento patogenetico svolge due ipotesi: la prima che tenderebbe a considerare la localizzazione cerebrale del caso in esame come metastatica ad un granuloma apicale di un molare dimostrato solo radioscopicamente: granuloma, sconosciuto dallo stesso paziente, non avendo mai dato alcuna sintomatologia; la seconda che il fungo sia giunto al tessuto cerebrale con le schegge della ferita bellica. L'O. non ha purtroppo elementi da porre come sicura base alle due ipotesi, accenna infine alla casistica delle localizzazioni actinomicosiche cerebrali ritenute primitive, ma non sicuramente dimostrate tali.

Il Segretario: Prof. G. DI MACCO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Un'epidemia di febbre glandolare di Pfeiffer.

E. Schulz (*Münch. Med. Woch.*, 17 novembre 1933) in occasione di una epidemia di febbre glandolare da lui osservata tra il maggio e il giugno 1933 nella Prussia Orientale e di cui egli stesso fu vittima, richiama l'attenzione dei medici su questa forma morbosa che a torto è considerata rara e di scarsa importanza.

Da quando Pfeiffer la descrisse per la prima volta (1889) le denominazioni di questo quadro morboso si sono moltiplicate; e — secondo l'autore — anche la nota àngina monocitica di Schultz non è altro che una forma di febbre glandolare.

La malattia inizia con un periodo di incubazione che oscilla tra i 2 e i 7 giorni; i sintomi prodromici consistono essenzialmente in un senso di stanchezza profonda e di malumore spiccato.

I primi sintomi possono essere la sudorazione, il vomito, l'epistassi o la congiuntivite; poi compare la febbre che non è generalmente molto elevata, e cade dopo 1-8-14 giorni, durante i quali il malato si lamenta di una spossatezza estrema, di violenti dolori muscolari e di cefalea.

La tumefazione delle glandole linfatiche può costituire il primo o l'ultimo segno della malattia: si associa a dolore anche molto vivo e può essere più o meno accentuata: dura pochi giorni, ma impiega qualche settimana a scomparire del tutto.

Possono essere prese tutte le ghiandole, ma sopratutto le sottomandibolari, quelle nucali, quelle retroauricolari; la milza è tumefatta, ma non dolente; l'entità della tumefazione varia parallelamente all'intensità dell'ingorgo glandolare: può osservarsi anche una modica epatomegalia.

L'angina non manca poi, e può essere il segno che attira di più l'attenzione sia del malato che del medico; può sembrare primitiva, ma in realtà non è che la conseguenza dell'impegno glandolare.

L'esame del sangue rivela una leucocitosi, generalmente modesta (15-20.000), ma che può salire a cifre di molto superiori; si possano osservare tutte le forme di passaggio dal linfocito maturo sino al linfoblasto: in qualche caso v'è spiccata eosinofilia. La prognosi è buona; ma talora la malattia assume l'andamento e l'aspetto di una forma settica anche grave.

Nella diagnosi differenziale si terranno presenti la leucemia acuta (ma mancano l'anemia, le emorragie, la piastrinopenia), la linfogranulomatosi, le sepsi, l'appendicite; quest'ultima è ricordata perchè l'impegno delle glandole iliache profonde ha talvolta fatto fare erroneamente tale diagnosi e provocato l'intervento.

Per la patogenesi, ha importanza fondamentale la trasmissione aerea: lo sconosciuto virus s'impianta nelle tonsille, vena porta d'entrata, e di lì dato il suo linfotropismo, si propada rapidamente prima alle glandole tributarie poi alle altre: l'esame istologico di queste dimostra l'esistenza di un catarro dei seni e di una iperplasia diffusa; anche la linfocitosi sanguigna è legata alla iperplasia linfatica.

Epidemie di febbre glandolare sono conosciute; oltre l'autore, anche Glanzmann, Schittenhelm e altri la hanno descritta.

In quanto alla terapia, essa si basa sull'uso del piramidone per combattere la febbre e i dolori, delle unzioni con olio caldo sulle glandole tumefatte, e dei gargarismi con acqua ossigenata, i quali avrebbero anche un notevole valore profilattico. V. SERRA.

Granulomi coccidioidi.

C. C. Tomlinson e P. Barcroft (*The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 6 gennaio 1934) hanno esposto all'84ª Sessione Annua della Sez. di sifilologia e dermatologia dell'Americ. Medic. Assoc. i risultati di tre casi di granulomi coccidioidi curati con tartrato di antimonio e potassio e raggi X.

In un caso si trattava di infezione di laboratorio, che cominciò come forma polmonare e poi diede una manifestazione alla pianta del piede. La guarigione si ebbe dopo 3 mesi di iniezioni endovenose a giorni alterni di 2-8 cc. di soluzione all'1 % di tartrato di antimonio e potassio e ogni 10-14 giorni raggi X non filtrati a 1/2 D. E. Dopo 4 anni di nuovo altre manifestazioni che guarirono con cura di 4 settimane.

Il secondo caso riguardava un ragazzo di 7 anni, malato da 15 mesi, che guarì egli pure completamente.

Nel terzo caso si era avuto un miglioramento, quando il paziente si suicidò.

Alla discussione hanno partecipato G. M. Lewis, E. P. Zeisler (che ha parlato in favore dell'uso terapeutico del rame colloidale), H. Morrow e F. D. Weidman.

Questi due ultimi si sono intrattenuti sulla questione se le manifestazioni che ricompaiono dopo un certo tempo dalla guarigione delle prime si debbano ritenere come nuove manifestazioni di una malattia non guarita o reinfezioni. Il Tomlinson ritiene che si tratti di manifestazioni nuove di infezione latente.

R. LUSENA.

La morte brusca e imprevista nel periodo di eruzione della scarlattina.

Th. Mironesco, N. Nicoliciesco e A. Podeano (*Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, 12 febbraio 1934) riportano il caso di una donna di 29 anni affetta da scarlattina ad evoluzione normale, tanto che non fu praticata la sieroterapia, e che sei giorni dopo l'inizio della malattia e 5 giorni dopo la comparsa dell'esantema, quando il miglioramento dello stato generale e l'abbassamento della temperatura lasciavano prevedere un decorso benigno, presentò improvvisamente prima dolori precordiali poi rapida perdita della conoscenza, estremità pallide, labbra livide, polso impalpabile e rapidamente morì.

Gli AA. mettono in evidenza che nel caso descritto la iperleucocitosi pronunciata (25.000) denunciava la gravità del caso e attribuiscono la morte improvvisa alla miocardite constatata all'esame microscopico.

Nella discussione che fece seguito alla esposizione del caso Costedoat faceva notare che le lesioni del miocardio trovate non differiscono da quelle che si trovano all'autopsia di scarlattinosi morti non per causa cardiaca, ed avanzava l'ipotesi che la morte potesse nel caso in ispecie essere attribuita ad un interessamento tossi-infettivo degli organi regolatori della tensione arteriosa, verosimilmente dei centri bulbari, con conseguente collasso vascolare.

C. TOSCANO.

La cura del siero antidifterico nella pratica.

Il lungo articolo del prof. Rietschel (*Münch. Med. Woch.*, 8 dic. 1933) è rivolto ai medici pratici; egli li ammonisce a mantenere assoluta fede all'uso del siero e prende nettamente posizione contro quegli AA. (come recentemente Hottinger e Bingel) che hanno voluto infirmarne il potere curativo, ed hanno parlato della « leggenda » del siero.

L'A. espone quindi rapidamente la sagoma clinica della difterite grave e insiste sulla importanza che la debolezza del circolo periferico ha nel meccanismo patogenetico della morte, sia per un difetto della innervazione vasale centrale e periferica, per un deficit funzionale endocrino (surreni, ipofisi), sia per una lesione diretta dei capillari: sono allora indicati i preparati adrenalinici o pituitarici, i cardiozol, l'esetone e la coramina; non la digitale, da cui ci si asterrà anche nelle bradicardie e nei disturbi di conduzione, riservandosi di usarla soltanto negli stadii postdifterici.

Purtroppo talora questa terapia vascolare riesce inefficace.

L'A. tratta poi la questione dell'« infezione mista » ricordando che secondo alcuni AA. la malignità di certe forme di difterite sarebbe legata costantemente all'associazione dello streptococco al b. di Löffler; egli ritiene che tale criterio sia eccessivo, giacchè forme pure di b. difterico possano essere maligne; ma ammette la possibilità della simbiosi batterica, che considera capace di esaltare — attraverso meccanismi diversi — la virulenza del difterico.

La quantità di dosi immunizzanti da iniettare deve essere alta, ma non raggiungere quella cifra estrema di 500-800.000 che sono state consigliate sopratutto dagli AA. danesi e francesi.

Secondo l'A. nelle forme leggere bastano 4-5000 U. I. (non meno!), nelle più gravi ne occorrono da 10 a 20.000 (non più!), tenendo conto che, in fondo, queste cure hanno sopratutto carattere profilattico, giacchè diventano inefficaci sul veleno fissatosi alle cellule, mentre agiscono soltanto su quello ancora circolante.

È necessaria quindi una iniezione precoce, basata sulla diagnosi clinica e senza aspettare quella batteriologica che richiede sempre del tempo; il medico deve iniettare il siero senza aspettare il risultato del tampone.

Il giorno dopo, l'A. farà o no una seconda iniezione, a seconda che la dose iniettata il giorno prima sia o no scarsa e il bambino abbia, o no, peggiorato: e si ricordi che occorrono 8-9 giorni dalla prima iniezione perchè compaia la malattia da siero.

È preferibile somministrare il siero per via intramuscolare (coscia, natica, petto), non tutto nello stesso punto, ma in più punti diversi per facilitare l'assorbimento; la via endovenosa non è indicata da sola, perchè l'antitossina è rapidamente eliminata, onde andrà integrata con iniezioni intramuscolari; in quanto alla somministrazione intralombare, sebbene in qualcuno dei suoi casi abbia dato buoni risultati, l'A. non la consiglia in genere al medico pratico, perchè capace di dare fenomeni di irritazione midollare.

Anche le cure consigliate dalla Clinica di Breslavia (0,15-0,30-0,50 di Myosalvarsan da associarsi al siero) e di Monaco (trasfusioni sanguigne) sono da evitarsi in pratica.

La mortalità per la localizzazione laringea della difterite è caduta, dall'avvento della sieroterapia, in modo notevole; il « crup » è una forma grave di difterite e va trattata con dosi energiche.

L'intubazione e la tracheotomia non sono alla portata della maggior parte dei medici pratici; consigliabile, quando compaiano fenomeni asfittici, di esporre il bambino all'aria libera, tenendolo avvolto nelle coperte e ben caldo.

Schick, di New York, consiglia di aspirare le membrane con una pompa aspirante che si applica sul cavo orale; nella sua Clinica, tale metodo ha sostituito quello della intubazione.

L'A. consiglia di usare i sieri semplici, piuttosto che quelli concentrati, non essendo ben dimostrato che questi ultimi, più ricchi di glo-

bulina e di antitossina, siano realmente più efficaci.

Se il bambino è stato precedentemente trattato con siero, si somministreranno prima dosi piccole, poi alte dosi di siero curativo, lasciando passare tra la prima e la seconda mezz'ora di attesa e di controllo: le iniezioni di siero saranno accompagnate da quelle di adrenalina (0,10-0,30 della soluzione all'1:1000); in tal modo si evitano o si riducono al minimo i pericoli di uno choc anafilattico.

V. SERRA.

I trattamenti attuali del tetano.

E. L. Peyre (*La Presse Médicale*, n. 98, 1933, p. 1982) nel riferire 6 casi di tetano da lui curati, con 5 guarigioni, riassume la terapia attuale del tetano. Essa è dominata dalla sieroterapia intensiva, la quale è efficace soltanto a condizione di introdurre il siero per tutte le vie ed a forti dosi, nei muscoli e sotto la pelle. La base di tale terapia è l'impiego di alte dosi precocemente, di fronte alla varia ed imponderabile attività tossica dei bacilli di Nicolaier nei varî casi. In alcuni pazienti furono usati persino 7.000 cm³ di siero antitetanico.

I mezzi sedativi ed adiuvanti si riferiscono all'uso del cloroformio, del cloralio, del somnifen, dell'avertina. Ricorda l'impiego dell'acido fenico secondo il metodo di Baccelli, specie se è somministrato in sospensione oleosa. Il solfato di sodio e quello di magnesio, oltre ad essere inefficaci, da alcuni AA. furono dimostrati dannosi.

Come medicamenti profilattici l'A. considera il cloroformio, l'etere, il cloruro di etile. L'azione di tali sostanze va intesa o nel senso che l'anestesia modifichi l'equilibrio biochimico cellulare e renda inoperante la intossicazione tetanica (Dufour), oppure che tali medicamenti per la loro azione neurotropa liberino quantità considerevoli di tossina dalle cellule nervose (Le Clerc). Nel primo caso il cloroformio avrebbe perciò un'azione profilattica.

Indirizzo analogo trova l'impiego della urotropina, la quale servirebbe a veicolare le antitossine del siero (Couvy); si somministrano 0.5-1 gr. di urotropina endovenosa e si praticano iniezioni endovenose di siero.

Secondo Cruchet l'urotropina si scompone in aldeide formica, la quale ha affinità coi lipoidi delle cellule nervose e può rimpiazzare il cloroformio secondo le concezioni di Dufourt. Perciò occorre prima iniettare del siero antitetanico.

Le dosi di siero sono basate sulla gravità del caso e non vi è niente di prestabilito.

JURA.

L'efedrina nella profilassi degli accidenti da siero.

P.-P. Levy (*Presse médicale*, 25 nov. 1933) ha usato regolarmente in 271 individui (bambini ed adulti) l'efedrina per bocca o per iniezioni, come profilattico degli accidenti da siero in corso di una sieroterapia. Su 193 pazienti che sono stati seguiti a lungo, si è osservato: nei bambini, assenza o quasi di eruzioni nel 93,6 %, negli adulti 79,6 %; assenza, o quasi, di ascensioni termiche, di artralgie, di vomiti, di disturbi digestivi. Il rimedio appare quindi notevolmente efficace, anche se in piccola proporzione (6 % nei bambini e 20 % negli adulti), si sono avute delle eruzioni nette.

La somministrazione dell'efedrina si fa nel modo seguente. Una compressa, un'ora prima dell'iniezione (in caso di urgenza, si fa un'iniezione di efedrina); continuare fino al 14° giorno la somministrazione regolare di una compressa ogni 8 ore (anche durante la notte). Come dosi: da 1 a 4 anni, compresse da 1 cg.; da 4 a 9, da 2 cg., da 9 a 15, da 3 cg. Negli adulti, conviene portare la dose di ogni singola compressa a 4-5 cg.

fil.

L'immunotrasfusione nelle setticemie streptococciche.

Le infezioni streptococciche sono sempre state considerate come di prognosi grave, per la grave sindrome generale che le accompagna e per le difficoltà con cui l'organismo se ne difende. Donde la molteplicità delle proposte terapeutiche e la loro grande varietà che stanno ad indicare l'insufficienza della loro azione.

Come nuovo mezzo terapeutico De Vloo propone (Le Scalpel, 3 febbraio 1934) la immunotrasfusione. Egli la ha applicata in tre casi definiti da lui di setticemia streptococcica, ed afferma di aver ottenuto in due di essi evidenti vantaggi.

Bisogna notare però che si trattava in realtà di due casi di eresipela, in cui ci fu un'emocultura positiva per lo streptococco. Non ci pare quindi che si potesse proprio parlare di « setticemia streptococcica », la cui prognosi è alquanto diversa, come è noto, da quella dell'eresipela, con episodi batteriemici o meno.

Nel terzo caso si trattava di artrite streptococcica purulenta del ginocchio — con emocultura positiva ripetutamente; malgrado tutto il p. morì in 17 giorni.

L'A. curò questi tre ammalati con trasfusioni di 250-150 cc. di sangue, preso da soggetti di recente guariti di eresipela e di un flemmone streptococcico della mano. E nei due eresipelatosi vide cadere rapidamente la febbre e la forma, che pur era grave e durava già da alcuni giorni, avviarsi a guarigione.

L'A. si augura che ovunque si organizzino dei gruppi di datori di sangue opportunamente immunizzati con stafilo e streptococchi e mantenuti con ripetute iniezioni di antigene perpetuamente in stato di iperimmunità. Non succederà più allora di dover trasfondere sangue di datori cui, come nei casi appunto di De Vloo, non era neppure stata fatta la reazione di Wassermann.

M. COPPO.

Trasfusione sanguigna nelle piemie.

La comunicazione di Jacobson (*Med. Klinik*, 15 dic. 1933) porta una nuova conferma della utilità delle trasfusioni di sangue nei casi di sepsi.

Si trattava di una donna di 26 anni, con una mastite streptococcica, ed empiema secondario metastatico della pleura omolaterale.

Furono fatte a distanza, rispettivamente, di due e di sette giorni, tre trasfusioni, di 150-150 e 200 cc. con risultato in guarigine completa.

Commentando brevemente il suo caso, l'A. ricorda come diverse teorie siano state avanzate per spiegare il meccanismo di quest'azione indiscutibilmente benefica: e come si sia volta a volta parlato di apporto di batteriofago, di aumento degli anticorpi e di un'azione tonica e benefica generale. V. SERRA.

La metalloterapia alla Walbum coi sali di manganese nella cura della t. b. c. polmonare.

Dei numerosi preparati metallici esperimentati nella cura della tubercolosi polmonare solo l'oro resta ancora in auge da noi.

All'estero trovano favore il cadmio e il manganese che Walbum sperimentò per primo negli animali e nell'uomo.

G. Gastaldi (*Croce Rossa*, gennaio-febbraio 1934) ha eseguito per circa due anni nel Sanatorio in Cuasso al Monte la cura col cloruro di manganese in 91 soggetti affetti di lesioni del polmone discretamente estese e nella grande maggioranza bilaterale.

Le iniezioni di manganese furono praticate per via endovenosa, due per settimana. Si cominciò con dosi di cc. 1-2 corrispondenti a 4-8 mgr. e si salì gradatamente fino a 4 cc. Ma queste dosi si mostrarono troppo alte con una fenomenologia che all'A. parve di origine tossica. Fu perciò iniziata la trattazione di un'altra serie di pp. con dosi molto minori; ma anche con questo accorgimento si dovette sospendere la cura in 14 individui, per vari motivi.

Restarono all'osservazione 70 individui nei quali la cura fu condotta a termine senza incidenti.

Di questi malati, 30 migliorarono, 36 restarono stazionari e 4 peggiorarono lievemente.

Le forme sottoposte alla cura del manganese rientravano quasi tutte in quelle di tbc. cronica fibro-caseosa con discreto o buono stato generale.

Furono scartate le forme evolutive, quelle emoftoiche e quelle con disturbi intestinali.

Riguardo infine al meccanismo di azione del manganese, l'A. è di opinione che esso per le sue proprietà catalizzatrici e ossidative, esalti l'attività cellulare dei tessuti ed abbia azione di stimolo sul sistema reticolo endoteliale.

VICENTINI.

NOTE DI DIETETICA.

Il bambino non mangia.

Questa è la frase che un medico dei bambini ascolta più di frequente; e spesso egli scrive la ricetta di uno stomachico senza indagare a fondo quali siano le cause di questa inappetenza.

Anzitutto, dice L. Schole (*Münch. Med. Woch.*, 17 nov. 1933), occorre stabilire se ci siano malattie organiche, e quindi è necessario sottoporre i bambini ad un esame completo.

Le malattie di stomaco vere e proprie sono rare nel bambino, e lo stomaco « debole » del bambino non corrisponde ad alcun quadro clinico ben definito; nei soggetti astenici la ptosi gastrica può essere causa di anoressia.

L'appetito manca nei disturbi acuti dell'apparato gastro-digerente, nelle affezioni acute o croniche del rinofaringe (angina retronasalis), nelle malattie febbrili in genere, e tutte le volte che ci sia un riassorbimento di tessuto necrotico di pus (bronchiettasie, piurie, fistole ossee tubercolari, ecc.).

A volte l'anoressia è legata alla uniformità di certe diete (dieta per diabetici, dieta di riposo del rene, dieta chetogena antiepilettica, ecc.); a volte all'esistenza di un'infezione tubercolare, specie in coincidenza con una nuova *poussée* evolutiva, sebbene in genere la tubercolosi infantile non si associ necessariamente alla disappetenza; talora, infine, questa ha un fondamento nervoso.

L'esame obbiettivo e l'anamnesi hanno una grande importanza, anche perchè illustrano al medico l'ambiente in cui il malato vive.

La storia va ascoltata con molta pazienza, e senza che il bambino vi assista: si lascierà che la madre si sfoghi senza dar segno — durante il suo racconto — di incredulità o di fretta.

Molto spesso si tratta di errori d'educazione che balzano evidenti nella fase critica di passaggio dall'allattamento al divezzamento: l'uso della forza aggrava la ripugnanza al cibo: questa riporta il bimbo ad una dieta prevalentemente o esclusivamente lattea — dieta di carenza che si accompagna ad anemia e può a sua volta peggiorare l'anoressia.

Altre volte si tratta di bambini ipernutriti; la madre che, durante l'allattamento, aveva ubbidito ai consigli del medico, pur ritenendo in cuor suo che il bambino «mangiasse poco», appena divezzato lo assoggetta ad una ipernutrizione che, dopo un passeggero periodo di apparente e invidiata floridezza, sbocca nella perdita dell'appetito.

In una famiglia troppo sensibile un bambino diventa — con la sua scarsa volontà di mangiare — un tiranno oggetto di ridicole e frequenti scene.

La vita in casa, la mancanza d'aria libera e di attività fisica, l'eccesso, d'altra

parte, del lavoro o l'affaticamento intellettuale sono altrettante cause che diminuiscono l'appetito del bambino; anche le preoccupazioni della scuola influiscono talora in questo senso.

Vi sono poi a volte intolleranze caratteristiche, per questo o quel cibo, con rifiuto assoluto ad alimentazione e senso di nausea: si tratta in genere di intolleranze proprie anche di altri membri della famiglia, e da considerarsi come fattori endogeni ereditarii.

Per quanto riguarda la cura, è anzitutto necessario che il bimbo sia sottratto alle influenze contradditorie dei varii membri della famiglia e sottoposto alla direzione di una sola persona, preferibilmente la madre.

A tavola non si costringerà il bambino a mangiare, e non gli si farà pesare il controllo di quel che prende; se non vuole finire il suo piatto, lo si lascerà fare; ma non avrà poi dolci o frutta alla fine.

Tra un pranzo e l'altro il bambino non deve mangiare: l'alimentazione sia variata e non si pongano di fronte a lui tutti i cibi contemporaneamente, giacchè egli lascierà la minestra per il dolce.

La scelta degli alimenti ha grande importanza; se il bambino è in buone condizioni di nutrizione, lo si sottoporrà ad un'alimentazione povera di calorie, per provocare l'appetito, sopprimendo ogni altro pasto intervallare; se è iponutrito, invece, si darà un'alimentazione di grassi e di proteine; solo in casi eccezionali si ricorrerà alla cura d'ingrassamento a base d'insulina, cure che per la loro stessa metodicità in rapporto con i pasti finiscono per far di questi una tortura.

Come medicina, se proprio si vuol darne, basterà un semplice stomachico, a base di china. E se nulla giova, si ricorrerà, come *extrema ratio*, al cambiamento dell'ambiente in cui il bambino vive e che spesso impedisce l'applicazione di una cura regolare.

V. SERRA.

IGIENE.

Esercizi fisici come mezzo per conservare la salute.

C. H. S. Taylor (*The Practitioner*, febbraio 1934) rileva che la diffusione degli esercizi fisici fra il popolo è un elemento fondamentale per la salute pubblica. E il medico può fare molto per diffondere l'uso degli esercizi fisici, che giovano non solo per il lato puramente fisico ma anche per il lato psichico.

Le contrazioni muscolari necessarie a compiere movimenti con quasi tutto il corpo richiedono una maggiore funzionalità di tutti gli organi: cervello, nervi, cuore, polmoni, fegato. La mancanza di esercizio danneggia questi organi come l'eccessivo esercizio fisico.

La prima cosa che bisogna fare per preservare la salute è di correggere gli atteggiamenti anormali che possono portare a cifosi, petto piatto, piedi deformi, ecc. In alcune università americane si prendono fotografie di faccia e di profilo di tutti gli studenti alla loro ammissione, in modo da mettere in evidenza gli errori di atteggiamento ed indurre alla correzione.

La facilità dei movimenti non è per lo più tenuta nel conto che merita; la rigidità di alcune parti deve essere corretta. Molti degli inconvenienti dell'età si possono evitare mantenendo l'agilità del corpo coll'esercizio fisico adatto. Esso non dovrà essere trascurato in nessuna età.

Si dovrà tener conto, come si disse, per prima cosa dell'atteggiamento, che si correggerà gradualmente; poi si faranno compiere movimenti di tutti i muscoli e articolazioni (e i più importanti sono quelli che riguardano la colonna vertebrale). L'esercizio progressivo servirà a rafforzare i muscoli e gli esercizi respiratori faciliteranno le funzioni polmonari e miglioreranno la capacità vitale e la mobilità toracica. Si associeranno con beneficio ad ogni esercizio fisico delle frizioni cutanee.

Si deve evitare, specialmente nei fanciulli, la monotonia degli esercizi. In tutti si eviterà la ginnastica subito dopo i pasti.

La ginnastica sarà proporzionata all'età di ogni individuo e si farà tanto in casa che all'aperto.

R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Alterazioni anatomopatologiche del cuore nella fibrillazione auricolare.

La breve ma interessante nota di H. K. Mohler e B. L. Crawford (*Amer Journ. of. Med. Sc.*, 2-1934), riccamente corredata di fotografie macro- e microscopiche del cuore, dimostra che non è possibile stabilire una relazione ben determinata tra l'esistenza di una fibrillazione auricolare e particolari modificazioni dell'istologia del miocardio dell'atrio.

Se è vero infatti che molto spesso si osserva una fibrosi dell'endocardio o del miocardio, è vero altresì che le stesse lesioni possono osservarsi in cuori che hanno sempre pulzato regolarmente; come è anche vero che si possono avere disturbi passeggeri o permanenti del ritmo in cuori che non dimostrano poi alcuna alterazione anatomica della loro struttura.

Gli Autori ritengono quindi che le modificazioni *chimiche* del miocardio debbano essere responsabili del disturbo del ritmo, o per lo meno vi contribuiscano notevolmente, onde si augurano che, in seguito, l'argomento venga ripreso praticando parallelamente le ricerche istologiche e le biochimiche.

V. SERRA.

Alterazioni vascolari nell'ipersurrenalismo sperimentale.

Maggi N. e Mazzocchi E. (*Arch. it. di Chir.*, nov. 1933) prendono spunto dalla opinione non universalmente accettata di Oppel che la gangrena spontanea giovanile sia legata alla iperadrenalinemia, nonchè dai lavori già numerosi eseguiti in questo campo, per eseguire delle ricerche sperimentali nei conigli.

Essi mediante l'innesto libero omoplastico ripetuto più volte sullo stesso animale, di ghiandole surrenali, hanno provocato uno stato di ipersurrenalismo in seguito al quale hanno potuto anatomo-patologicamente riscontrare alterazioni vasali costanti nelle arterie di medio calibro, incostanti nelle vene. Queste alterazioni sono consistite in alterazione e proliferazione dell'intima, in ispessimento della media con degenerazione di alcune cellule muscolari, e in ispessimento dell'avventizia.

In due casi hanno osservato nell'aorta la formazione di trombi parietali. ALIERI.

VARIA

Le malattie della sedentarietà.

Ci siamo occupati altra volta di questo argomento su cui ad una recente seduta della Società di patologia comparata a Parigi (12 dicembre 1933) sono stati portati nuovi contributi.

Profondamente turbato risulta l'equilibrio energetico, con la formazione di un'obesità speciale e diversa da quella per iperalimentazione, una vera infiltrazione liquida del tessuto cellulare. Sono colpiti i muscoli, le ossa, le articolazioni, con atrofie, debolezza dei movimenti, rigidità delle articolazioni. Diminuiscono le funzioni respiratorie e non si sviluppa il torace; rallentamento delle funzioni circolatorie; le estremità presentano uno stato gottoso e di raffreddamento. La digestione si fa male e la dispepsia contribuisce a diminuire la forza dell'individuo. Si ha anche diminuzione dell'energia intellettuale e morale.

Caratteristiche sono, per i sedentari obesi, delle algie tenaci, da non confondersi con dolori reumatici, mentre si tratta d'infiltrati del cellulare sottocutaneo.

Vi predispongono, oltre alla tubercolosi ereditaria, l'alcoolismo cronico e la sifilide, la deficienza globale del tessuto elastico (elastopatia); si osservano in molti di tali individui anche delle ptosi, delle ernie, della dilatazione gastrica, delle varici, delle striature alle coscie ed alle mammelle.

Il ciclo delle cause che spiega lo stato d'infiltrazione cellulalgica sarebbe il seguente: la sedentarietà crea uno stato di acidità umorale molto accentuato in seguito a rallentamento degli scambi. Da tale acidità umorale, deriva l'idrofilia tessulare, mentre l'immobilità muscolare favorisce meccanicamente l'infiltrazione.

Il trattamento si riassume in due parole: esercizio e massaggio.

Particolarmente dannosa è la sedentarietà al periodo scolastico, in cui l'indebolimento dell'energia generale ha una certa ripercussione nel dominio fisico.

La sedentarietà scolastica, specialmente al periodo della pubertà, è nociva all'evoluzione fisica e psichica. Essa ha un gran peso nello scoraggiamento, l'impotenza ad agire, ad applicare l'attenzione e che si complicano spesso con instabilità, reazioni aggressive, preoccupazioni ossessionali, fughe e tendenza all'insociabilità. Essa interviene anche nella produzione delle perversioni sessuali e nella tendenza all'onanismo.

Recenti osservazioni, in cui sono stati rilevati degli arresti bruschi dell'evoluzione mentale in individui fino allora brillanti hanno permesso di incriminare come causa determinante, il sovraffaticamento scolastico e la sedenterietà.

Anche negli animali, la sedentarietà porta effetti nocivi, tanto più se è accompagnata dall'iperalimentazione, in vista di un massimo rendimento di carne o di latte.

La sedentarietà diminuisce anzitutto la resistenza alle infezioni epizootiche: determina la coprostasi, nel cavallo e nel cane; nel cavallo provoca una particolare forma di rigidità alle gambe e l'emoglobinuria. Anche l'obesità, con tutte le sue sequele, è effetto della sedentarietà.

Bisogna pertanto reagire in tutti i modi contro la tendenza alla sedentarietà e combatterla con un buon esercizio fisico, specialmente nei giovani. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. NICOTRA. *La irradiazione ipofisaria nelle sofferenze disovariche da castrazione radiolog. e da menopausa fisiologica.* — Tip. Giannini, Napoli, 1933.

R. SIMONETTI CUIZZA. *La colesterolemia nel rachitismo e sue variazioni per l'azione dei raggi ultravioletti.* — Tip. Imm. Concez., Modena, 1933.

G. ALBANO. *La funzione escretrice ovulare studiata nella gestante.* — Tip. Proia, Roma, 1933.

M. PROTO. *L'azione dei raggi X nelle infiammazioni da germi piogeni.* — Soc. Ed. Libr., Milano, 1933.

M. BARBARA - G. VIDONI. *L'Istituto Biotipologico Ortogenetico di Genova.* — Tip. Badiali, Genova, 1933.

M. D'AGOSTINO. *Sulle proiezioni radiografiche dell'apice polmonare.* — Tipografia Andò, Palermo, 1933.

R. DEL VECCHIO. *Opoterapia antitubercolare e nuovi orizzonti della Zomoterapia.* — Tip. S.S.T.A., Ancona, 1933.

P. ZUCCÒLA. *Cause della diffusione della tbc. nelle campagne e modo di evitarla.* — Tip. Pallotta, Roma, 1933.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

10° *Dottor I. B.* (P.). — È giuridicamente possibile l aclassificazione ex-equo, in grado uguale. In tal caso, però, se uno dei concorrenti ha titolo di preferenza (invalido di guerra, ex combattente, ecc., ecc.) l'ordine della graduatoria deve essere modificato, attribuendosi il primo posto al concorrente che deve essere preferito o per titolo di benemerenza militare o per aver prestato servizio presso la stessaamministrazione o per qualsiasi altra causa prevista nell'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290.

La deliberazione di nomina può essere impugnata con ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale anche per vizio del procedimento del concorso e per illegittimità della graduatoria, qualora risulti dal verbale della Commissione che sia stata violata la legge o vi sia stato eccesso di potere: mancata valutazione di alcuni titoli, illogicità o insufficienza dei criteri, imperfezione del verbale, ecc. Il termine è di giorni 60 dalla data della comunicazione del provvedimento di nomina.

11° *Dottor B. A.* (B.). — Il motivo indicato dal Podestà non mi sembra legittimo: è, anzi, arbitrario. La inesatta indicazione del voto di laurea e quindi la imperfetta valutazione di questo indice di capacità possono avere influito sul risultato e, quindi, sono da considerare vizi del procedimento e del giudizio.

12° *Dottor L. C.* (C.). — Il limite di età per l'ammissione ai concorsi dei medici condotti deve essere stabilito dall'amministrazione comunale nel capitolato o in altro atto approvato dalla autorità tutoria. Per gli ex combattenti, è elevato di cinque anni il limite di età.

13° *Dottor P. G.* (L. M.). — Avendo lei prestato servizio in condotta medica, con l'ufficio di titolare, è dispensato dal limite di età; quindi può partecipare a qualsiasi concorso, per medico condotto. Potrà richiamare la disposizione dell'art. 27 del R. D. 19 luglio 1906 n. 446 la quale dispone che « non dovrà essere apposta alcuna condizione di limite massimo di età per i concorrenti che abbiamo già prestato o prestino servizio in altre condotte ».

14° *Dottor G. C* (B.). — Se il concorrente ha dichiarato, con atto formale, cioè con atto da lui sottoscritto, di rinunziare alla partecipazione al concorso, questa manifestazione di volontà è per sè stessa produttiva di effetti, non essendo necessaria l'accettazione. E poichè il termine è scaduto, la rinunzia può risultare da espressioni equivalenti a quelle che ho sopra indicato, purchè, s'intende, sia positivamente accertata la volontà chiara e non equivoca di non partecipare al concorso.

15° *Dottor A. C.* — Il ricorso dovrebbe essere diretto al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale nel termine di giorni 60, trattandosi di concorso indetto dalla Provincia per il consorzio antitubercolare.

Distinti saluti.

16° *Dottor P. M.* — Avendo Lei occupazione equivalente, non ha diritto di precedenza assoluta, a norma della legge 1921. La condizione di invalido sarà invece valutabile come titolo di preferenza a parità di merito, anche se la parità risulti da un giudizio *ex aequo*. Il riferimento che l'avviso del concorso fa alla legge 1921 non ha per se stesso alcuna importanza: quelle norme sono applicabili anche se non richiamate negli atti del concorso.

17° *Dottor G. I.* (T.). — Non credo che sia dovuto uno speciale compenso per la revisione delle note dei farmacisti concernenti la somministrazione dei medicinali ai poveri. Non si può considerare straordinaria questa prestazione.

18° *Dottor G. P.* — Il ritardo è certamente una irregolarità, ma non è causa di nullità dell'elenco dei poveri. Il Podestà non è obbligato ad uniformarsi al parere del medico condotto. Dovendo essere approvata dal Prefetto la deliberazione concernente l'elenco dei poveri, il medico condotto può fare reclamo amministrativo al Prefetto stesso nel caso di ingiustificata iscrizione.

La somministrazione dei medicinali ai poveri e il sussidio attribuito al farmacista dipendono da due rapporti distinti e giuridicamente non confondibili.

Il sussidio non è obbligatorio per legge ma può essere concesso dall'amministrazione comunale, con l'approvazione dell'autorità tutoria quando risulti utile e necessario al fine di assicurare nel Comune l'esercizio della farmacia per la vendita dei medicinali al pubblico. In tal caso, la deliberazione costituisce un vincolo o annuale o, in certi casi, permanente. La somministrazione ai poveri è riservata al farmacista, in base alle tariffe speciali. La misura dell'utile è valutabile, come in genere tutto il reddito della farmacia per stabilire se il sussidio sia necessario e debba essere rinnovato alla scadenza del vincolo. Ma la somministrazione ai poveri non esclude che per la finalità sopra indicata sia attribuito un sussidio.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Disciplina sanitaria per l'applicazione sull'uomo di prodotti terapeutici non ancora autorizzati alla vendita pel pubblico.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Divisione VI, Sez. I) ha diramato ai Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare N. 20300.2/A. G. 6234, in data 24 febbraio 1934 - A. XII:

Le richieste di applicazione sull'uomo di nuovi rimedi curativi e profilattici, anche di quelli di cui si mantiene segreta la formula di composizione, si sono grandemente accresciute in questi ultimi anni, donde la necessità di talune norme cautelatrici e di una prudente disciplina sanitaria in queste applicazioni e nei trattamenti relativi; disciplina che, pur non costituendo ostacolo al progredire incessante della scienza, valga a tutelare nel miglior modo i malati, che spesso invocano il trattamento e vi si sottopongono con cieca fiducia.

È noto che la nostra legislazione non consente nè la vendita di specifici segreti, nè l'applicazione pubblica di trattamenti che comunque si mantengano segreti.

Così, nei riguardi di prodotti medicamentosi e di specialità medicinali è tassativamente prescritto, che essi devono portare l'indicazione esatta della formula di composizione qualitativa e quantitativa, e devono ottenere la registrazione da parte del Ministero dell'Interno, con divieto di dare od attribuire sulle etichette indicazioni terapeutiche non corrispondenti alla reale composizione. Tutto ciò oltre l'obbligo della preparazione in officine autorizzate e della vendita esclusiva nelle farmacie.

Norme più rigorose sono determinate per la produzione e per la vendita dei prodotti biologici: sieri, vaccini, virus, tossine ed affini.

Ora, in fatto avviene che spesso la fabbricazione e la vendita dei prodotti medicamentosi, — e tra questi si comprendono quelli cui si attribuiscono proprietà curative specifiche contro determinate affezioni, per lo più a carattere cronico, e contro talune gravi malattie sociali — può essere preceduta da una fase di studio e di sperimentazione nella quale possono non riscontrarsi gli estremi per consentire la vendita al pubblico. Non essendo questa fase preliminare disciplinata da precise norme, da taluni si è arbitrariamente ritenuto che la applicazione sull'uomo di rimedi e trattamenti non ancora autorizzati, ed anche di specifici segreti, possano farsi, purchè effettuata da un medico e sotto la responsabilità dello stesso.

Una simile interpretazione non ha fondamento.

Qualunque impiego sull'uomo non può eseguirsi all'infuori del controllo della Autorità sanitaria, che deve anzitutto essere certa della innocuità del trattamento, e che determina l'osservanza di apposite norme cautelatrici per la salute delle persone sottoposte a cura, cautele, poi, tanto più necessarie, quando si tratti di impiego di sostanze, delle quali non sia nota la composizione e non siano bene accertate le proprietà terapeutiche, l'innocuità e l'efficacia.

Ed appunto per meglio sancire tale obbligo il R. Decreto-Legge 25 novembre 1926, n. 2164, convertito nella Legge 29 dicembre 1927, n. 2762, ha determinato le norme e la disciplina per l'impiego sull'uomo di prodotti biologici non autorizzati per la vendita al pubblico, stabilendo che il trattamento si possa eseguire soltanto in Istituti a carattere ospedaliero o in ambulatori debitamente autorizzati e sottoposti a vigilanza.

Una analoga disciplina deve essere osservata per l'impiego di prodotti e di trattamenti curativi, non autorizzati dal Ministero dell'Interno a norma delle vigenti disposizioni di legge sui sieri e vaccini, sulle specialità medicinali e sull'esercizio delle farmacie.

Con questa disciplina, cauta e prudenziale, non si pongono aprioristici divieti ed intralci agli studi ed alle ricerche di nuovi orizzonti terapeutici, ma si impongono soltanto ai medici delle limitazioni, giustificate dal supremo interesse della tutela della sanità pubblica, e dal dovere di curare che non venga ingannata la buona fede del pubblico e dei malati, che vi accorrono con il miraggio di pronta e sicura guarigione.

Tali norme cautelatrici, alle quali le LL. EE. dovranno in ogni caso uniformarsi, si riassumono nelle seguenti:

1) Il divieto di vendita al pubblico di medicinali e di preparati, ai quali si attribuiscono proprietà curative e profilattiche specifiche — quando non abbiano ottenuta la registrazione prescritta dalle disposizioni sui sieri e vaccini e sulle specialità medicinali, e quando non siano indicati la formula di composizione e le modalità per la applicazione — importa il divieto di libera applicazione sull'uomo dei prodotti anzidetti. Esso sussiste pur senza la vendita diretta dei preparati, quando vengono richiesti contributi di cura e di ambulatorio ovvero vengano comunque corrisposte retribuzioni per lo speciale trattamento.

2) Il sanitario che intende procedere all'applicazione sull'uomo di rimedi, la cui composizione vuol mantenere segreta per il pubblico, ovvero di trattamenti speciali per la cura di determinate affezioni, deve fare motivata domanda al Ministero dell'Interno, indicando il luogo e le modalità con le quali intende attuare l'applicazione.

La domanda deve essere corredata di notizie, almeno sommarie, sul prodotto, in modo da aversi l'assicurazione che l'applicazione di esso nell'uomo non possa, in alcun caso, apportare nocumento.

In ogni modo il sanitario, che fa la domanda, ed il sanitario, che direttamente attende l'applicazione, devono dichiarare di assumere intera la responsabilità sull'innocuità del trattamento.

3) Il Ministero dell'Interno adotterà le proprie determinazioni sulla domanda, dopo avere sentito

il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, e dopo parere favorevole del Comitato di medicina del Consiglio Nazionale delle ricerche, ai termini dell'articolo 2 della legge 26 maggio 1932, n. 598. Di concerto con quest'ultimo stabilirà le condizioni, sotto l'osservanza delle quali potrà consentirsi l'applicazione, determinando inoltre le modalità dell'eventuale controllo tecnico-sanitario.

4) In tutti i casi l'autorizzazione per l'impiego di rimedi e di trattamenti tenuti segreti è subordinata all'osservanza delle seguenti prescrizioni:

a) che il trattamento sia gratuito;

b) che l'applicazione si effettui in istituti pubblici a carattere ospedaliero, o in ambulatori autorizzati dalle Autorità competenti a seguito di ispezione tecnica favorevole sia nei riguardi dei locali e dell'attrezzatura, che del personale sanitario che vi è destinato;

c) che le applicazioni vengano fatte previo consenso scritto della persona che si sottopone alla cura;

d) che si tenga esatta registrazione di tutte le persone trattate, del loro stato di salute, dei precedenti morbosi, e dei singoli trattamenti praticati;

e) che di questi trattamenti venga settimanalmente data comunicazione all'ufficiale sanitario, e da questi al medico provinciale.

5) Indipendentemente dalla facoltà concessa alle LL. EE. di potere in ogni tempo dichiarare la chiusura dell'ambulatorio o del luogo in cui si praticano le applicazioni ed i trattamenti anzidetti — quando questi funzionino senza la prescritta autorizzazione e siano esercitì da abusivi, ovvero quando su rapporto del medico provinciale si accertino inconvenienti d'ordine sanitario — le EE. LL. deferiranno all'Ordine ed al Sindacato dei medici quei sanitari che eseguano i trattamenti in contrasto con le disposizioni anzidette e che non ottemperino alle prescrizioni cautelatrici imposte.

Su di un altro punto si richiama la particolare attenzione delle EE. LL.

L'articolo 10 della legge 22 giugno 1927, n. 1070, subordina a speciale licenza delle EE. LL. la pubblicità e la divulgazione a mezzo della stampa, od in qualsiasi altro modo, di mezzi per la prevenzione e la cura delle malattie, o di specialità medicinali e di presidî medico-chirurgici, ovvero di ambulatorî o case o istituti di cura medico-chirurgica o pensioni per gestanti.

Questa disposizione — che ha riscontro nelle altre analoghe considerate all'articolo 114 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza 18 giugno 1931, n. 773, e dall'articolo 17 del regolamento delle specialità medicinali 3 marzo 1927, n. 478 — deve essere rigorosamente applicata.

Le EE. LL. vogliano, perciò, particolarmente vigilare e curare che nei giornali politici ed in altri periodici sia comunque vietata l'inserzione di avvisi, di corrispondenze e di articoli che si riferiscano a gabinetti medici, a prodotti medicamentosi ed a trattamenti e procedimenti speciali per la prevenzione e la cura pronta e radicale dei tumori maligni, della tubercolosi, delle infezioni veneree e di ogni altra malattia, per la quale scientificamente non è accertato che possa conseguirsi la guarigione in breve tempo.

La sede propria e più opportuna per queste comunicazioni scientifiche sono i congressi medici ed i giornali medici, perchè la valutazione sulla importanza di esse non può essere data che dai tecnici competenti.

Questo Ministero è sicuro del personale interessamento delle LL. EE. e dei medici provinciali per la osservanza delle disposizioni anzidette, nell'intesa che di ogni eventuale infrazione, che potrà essere constatata, ne venga data sollecita notizia.

Si prega assicurare.

Provvedimenti vari.

Il Consiglio dei Ministri, tra altre deliberazioni, ha adottato le seguenti:

Uno schema di provvedimento che reca disposizioni di coordinamento e d'integrazione delle norme per il servizio del chinino di Stato. Questo provvedimento è diretto a dare una nuova e più efficace disciplina al servizio del chinino di Stato, allo scopo di assicurare i mezzi necessari per l'attuazione del complesso di provvidenze assistenziali e profilattiche, stabilite dalla legge 22 giugno 1933 n. 351, per diminuire le cause della malaria.

Uno schema di provvedimento per la tutela della maternità delle lavoratrici. Questo schema di decreto legge fu a suo tempo elaborato da una speciale Commissione ed approvato dal Consiglio Nazionale delle Corporazioni: esso riunisce in unico testo, semplificandole e coordinandole, le disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di assicurazione obbligatoria per la maternità e di tutela delle operaie impiegate durante lo stato di gravidanza e di puerperio; ne estende il campo di applicazione, includendovi anche le lavoratrici a domicilio; abolisce lo speciale sussidio di disoccupazione per le lavoratrici all'epoca del parto, ma raddoppia il sussidio di maternità, portandolo a L. 300 in caso di parto, e a L. 100 in caso di aborto spontaneo o terapeutico avvenuto dopo il terzo mese di gravidanza.

Uno schema di provvedimento con il quale viene autorizzata a carico dello Stato la spesa occorrente per la prosecuzione e il completamento dell'Acquedotto Pugliese.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGUGLIANO (*Ancona*). — Scad. 30° giorno dal 2 marzo, ore 13; pel capoluogo; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000-2000-1000 trasp. L. 600 se uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 2 mar.

ANDRIA (*Bari*). — Scad. 31 mar.; per Montegrosso; L. 9000; riduz. 12 %; età limite 30 a.

BRIGNANO FRASCATA (*Alessandria*). — Il Podestà con avviso del 22 febbraio rende noto che è aperto, per titoli, il concorso al posto di medico condotto. Scadenza ore diciotto del giorno 22 maggio 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Comunale di Brignano Frascata.

CAGLIARI. *Comune.* — Scad. 30 mar.; medico di Sezione; titoli ed eventualm. esami; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 30 a.; doc. a 6 mesi dal 14 febbr.

CARRARA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 31 mar.; aiuto chirurgo; L. 7200 oltre indennità concesse ad altri sanitari.

CASTELTERMINI (*Agrigento*). — Scad. 15 maggio; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50.

CATTOLICA. — (Vedi FORLÌ).

CETONA (*Siena*). — Scad. 10 apr.; pel capoluogo; L. 8500 e 6 quadrienni dec., c.-v., L. 3500 cavalc.; riduz. 12 %; età massima 35 anni s. e. r.; tassa L. 50,10.

CHIETI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — A tutto il 7 maggio p. v. è aperto il concorso per titoli al posto di Direttore del Consorzio e del Dispensario provinciale antitubercolare di Chieti, con lo stipendio iniziale di L. 18.000, al lordo delle ritenute d'obbligo, suscettibile di quattro aumenti del decimo, ed alle condizioni di cui al regolamento organico del personale tecnico del Consorzio ed al Capitolato di servizio per il posto di cui sopra. I concorrenti di età non superiore ai 45 anni, salvo le norme a favore degli ex combattenti, dovranno presentare domanda, corredata dei documenti di rito, il diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, conseguito da almeno due anni alla data del presente bando, il certificato di iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici del corrente anno, il certificato da cui risulta l'iscrizione al P. N. F. di data anteriore alla scadenza del termine del concorso, nonchè tutti gli altri titoli, documenti e pubblicazioni comprovanti la specifica competenza in tisiologia, igiene e profilassi sociale della tubercolosi, oltre la tassa di concorso in L. 50. I concorrenti saranno giudicati dalla Commissione esaminatrice prevista dall'articolo 25 del regolamento organico 17 novembre 1933-XII. La nomina dovrà cadere sul primo della graduatoria, ed avrà la durata di un quinquennio, rinnovabile tacitamente per eguali successivi periodi, ove non si sia disdetta almeno tre mesi prima della scadenza del termine. Per ogni eventuale schiarimento rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

CONVERSANO (*Bari*). — Scad. 20 mar.; titoli ed esami; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; trattenute di legge; età limite 40 a.; tassa L. 50.

CUCCARO MONFERRATO (*Alessandria*). — Concorso al posto di medico condotto. Scadenza 30 aprile 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria comunale.

FORLI'. *R. Prefettura.* — Posto di ufficiale per Cattolica; L. 12.000 aumentabili di un ventesimo ogni biennio, nonchè eventuali diritti di ufficio. Età anni 35; tassa L. 50. Inibito esercizio professionale. Scadenza otto aprile 1934-XII.

FRESONARA (*Alessandria*). — Posto di medico condotto nel Comune di Fresonara. Il concorso è per titoli, con scadenza al 15 aprile 1934. Lo stipendio inerente al posto è di L. 7000 annue suscettibili di quattro aumenti quinquennali del decimo. Gli aspiranti dovranno far pervenire alla Segreteria del Comune, nel termine suddetto, la domanda in carta bollata da lire tre indirizzata al Podestà e scritta per intero di loro mano, con firma autenticata dal Podestà del Comune di residenza e corredata dei documenti di rito in competente bollo e legalizzati, unitamente alla tassa di concorso di L. 50,50.

FROSINONE. *Amministrazione Provinciale.* — È bandito pubblico concorso per esami e per titoli al posto di Coadiutore della Sezione Micrografica del Laboratorio d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale di L. 11.000; servizio attivo 20 %; dieci aumenti biennali del 5 %; ritenute di legge. Termine massimo per la presentazione della domanda documentata 25 aprile 1934. Per ogni altra informazione rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Frosinone.

FRINCO D'ASTI (*Alessandria*). — Concorso per titoli al posto di medico condotto. Stipendio L. 8000. Indennità di cavalcatura L. 700. Se incaricato delle funzioni di Ufficiale Sanitario lire 500: il tutto soggetto alle riduzioni e trattenute di legge. Scadenza ore diciotto del 31 maggio 1934-XII. Chiedere l'avviso all'Ufficio Comunale di Frinco d'Asti.

GUASILA (*Cagliari*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

LIDO DI VENEZIA, *Ospedale al Mare.* — Scad. 30 apr., ore 18; primario aggiunto chirurgo; L. 12.000 e 2 quadrienni di L. 840 e 900 oltre L. 2500 serv. att. e competenze accessorie; tassa L. 50 al Tesoriere della P. O.; età limite 35 a.; 5 anni come assistente effettivo in reparto chirurgico-ortopedico di Cliniche universitarie o di Ospedali non inferiori a 200 letti di divisione chirurgica; doc. a 3 mesi dal 15 febbr.

MESSINA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 24 mar.; 4 medici capo-sezioni secondari dell'Ospedale psichiatrico provinc.; L. 11.600 e 3 quadrienni di L. 600, 700 e 800; serv. att. L. 2800.

NUORO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori di Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale L. 14.000. Indennità di servizio attivo L. 2000. Sono accordati cinque aumenti quadriennali del decimo. Scadenza del concorso: ore diciotto del giorno 26 maggio 1934-XII. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Nuoro.

PABILLONIS (*Cagliari*). — Scad. 30 mar.; L. 8500 comprese mansioni uff. san.; riducibili 12 %; c.-v.; tassa L. 50,10.

PAVIA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 31 mar.; assistente presso la Sez. med.-micrograf. del Laboratorio provinc. d'igiene e profilassi; L. 12.000 oltre L. 1000 serv. att., c.-v., percentuale 10 %, 5 aumenti decimali.

Pedavena (*Belluno*). — Scad. 2 aprile, ore 18; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 12 gen.; serv. entro 15 gg.

Poncarale-Flero (*Brescia*). — Concorso per titoli al posto di Medico-Chirurgo condotto a condotta residenziale. Il territorio della condotta comprende 4711 abitanti dei quali 1270 inscritti nell'elenco dei poveri. Trovasi a 10 Km. da Brescia collegata con tramvia. Lo stipendio iniziale è di L. 9000 annue, con diritto a sei aumenti quinquennali del decimo dello stipendio, a partire dal giorno dell'assunzione in servizio. Saranno inoltre corrisposte annue L. 3000 per indennità di trasporto con cavallo o automobile e L. 800 per la carica di Ufficiale Sanitario, nonchè L. 1500 pel servizio nei due ambulatori Comunali. Per ogni povero inscritto nell'elenco in più del 20 % della popolazione sarà corrisposta la cifra di L. 3. Sarà pure corrisposta l'indennità caro-viveri a norma di legge. Lo stipendio e le indennità sono soggette alla riduzione del 12 % ed alle trattenute di legge. Il concorso resta aperto fino alle ore diciotto del giorno 31 maggio 1934-XII. Le domande, in carta legale, dovranno essere corredate da tutti i documenti di rito, legalizzati secondo le disposizioni di legge. L'eletto dovrà assumere la condotta entro 30 giorni dalla data della partecipazione della nomina, sotto pena di decadenza, e sarà tenuto ad abitare permanentemente in Poncarale (capoluogo). Il capitolato di servizio trovasi ostensibile presso la Segreteria. Poncarale, 1° marzo 1934-XII.

Ravenna. *Comune*. — Scad. 31 mar.; per Godo; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2500 trasp., c.-v., L. 1250 serv. att.; età limite 40 a.

Reggio Calabria. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di Coadiutore e posto di Assistente della Sezione Chimica, nonchè posto di Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi di Reggio Calabria. Età massima per l'ammissione al concorso anni 35, salvo le proroghe a favore degli ex-combattenti e quelle previste dai RR. DD. LL. 23 marzo 1933, n. 227, e 1° giugno 1933, n. 641. Non sarà tenuto conto dei limiti di età: per gli aiuti assistenti universitari, o d'Istituti Superiori, per le Facoltà di Medicina e Chirurgia e di Chimica o di Chimica e Farmacia, nominati in seguito a pubblico concorso; per i dipendenti da altre Amministrazioni; e per coloro che alla data del bando di concorso prestino ininterrotto servizio, anche per effetto di incarico provvisorio, da almeno tre anni, presso Laboratori d'igiene e profilassi dipendenti dallo Stato o da Enti pubblici. Da esibire, entro il 20 marzo 1934, i consueti documenti di rito. Competenze: per il Coadiutore, stipendio annuo lordo di L. 13.700, aumentabile a L. 14.300 dopo 4 anni, a L. 15.100 dopo otto anni ed a L. 16.000 dopo dodici anni; indennità servizio attivo L. 3500 annue lorde. Per ciascuno dei due Assistenti, stipendio annuo lordo di L. 11.600, aumentabile a L. 12.200 dopo 4 anni, a L. 12.900 dopo otto anni ed a L. 13.700 dopo 13 anni; indennità servizio attivo L. 2800 annue lorde. Tutte le competenze sono soggette alla riduzione del 12 %. Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria.

Roma. *Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubbl.)*. — Concorso per esami a 9 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe in prova; stip. L. 12.200 oltre L. 2200 serv. att. e aggiunte di famiglia; periodo di prova non inferiore a mesi sei, con stipendio mensile di L. 800, oltre aggiunta di famiglia; riduz. 12 %.

Concorso per esami e titoli a 2 posti di assistente medico nel Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direz. Gen. predetta (grado 9°); stip. L. 14.400 oltre serv. att. L. 3000 e aggiunte di famiglia; riduz. 12 %.

Per i due concorsi età limite 35 a.; doc. a 3 mesi. Scad. 90 giorni dalla pubblicaz. nella « Gazz. Uff. » (3 febbraio). Chiedere annunzio alla Direz. Gen. predetta od alle RR. Prefetture.

Roma. *Ministero della Guerra*. — Concorso a 40 posti di tenente in servizio permanente effettivo nel corpo sanitario militare (ruolo ufficiali medici) del R. Esercito; età limite 32 a. Scad. 60 giorni dalla pubblicazione del Decreto nella « Gazz. Uff. » (19 genn.). Il Decreto è anche pubblicato nel « Giorn. Med. Militare » (30 genn.).

Scicli (*Ragusa*). *Ospedale Busacca*. — Posto di Primario Chirurgo. Per titoli. Stipendio L. 10.000 lorde 12 %, delle quali 4000 a carico Sanatorio annesso durante suo funzionamento. Compartecipazione 50 % sui proventi operazioni a pagamento. Obbligo prestazione opera sua tre volte almeno la settimana. Età massima 55 anni. Sei anni pratica ospedaliera di cui tre aiuto od assistente effettivo presso Cliniche universitarie o di grande Ospedale. Chiarimenti alla Segreteria. Scadenza 30 aprile 1934-XII.

Terni. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Coadiutore per la Sezione Chimica e Coadiutore per la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Per ciascun posto: stipendio L. 12.000; cinque scatti quinquennali di L. 1100 ognuno; servizio attivo L. 2400; caro-viveri come per gli altri dipendenti della Provincia. Stipendio e indennità sono al lordo trattenute di legge e della riduzione 12 %, giusta R. D. L. 20-XI-1930, n. 1491. Scadenza 30 aprile 1934-XII. Per chiarimenti e bando integrale rivolgersi alla Segreteria Amministrazione Provinciale di Terni.

Treviso. *Ospedale Civile « Elena di Savoia »*. — A tutto il 23 aprile 1934-XII, è aperto il concorso per titoli, ed eventualmente per esami, al posto di Chirurgo Primario della I Divisione. Assegno annuo L. 7500 lorde da ridurre del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuali indennità caro-viveri; compartecipazione negli emolumenti riscossi dall'O. P. per cure dozzinanti. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Premio « Guido Banti ».

Presso la R. Università degli Studi di Firenze è aperto un concorso per il premio biennale « Guido Banti », istituito coi proventi del fondo raccolto dal dott. Silvio Dessy, allievo del prof. Guido Ban-

ti, fra i medici di Buenos Ayres, per onorare la memoria del Maestro, da conferirsi al miglior lavoro originale sopra argomenti di anatomia o istologia patologica a preferenza con indirizzo etiologico e patogenico. Possono partecipare al concorso studiosi italiani regnicoli o non regnicoli o argentini, purchè le ricerche sieno state eseguite in Istituti italiani o argentini. I lavori debbono essere scritti in italiano. Si possono presentare al concorso anche lavori già pubblicati, purchè non antecedenti di due anni alla chiusura del bando di concorso. Il presente concorso scadrà il 31 maggio 1934. I lavori saranno indirizzati al Rettore della R. Università di Firenze e dovranno essere recapitati non oltre la mezzanotte del termine sopra indicato. Il premio ammonta a L. 5000, è unico, indivisibile. I lavori saranno giudicati da una Commissione di cinque membri nominati dal Rettore della R. Università di Firenze, su proposta della Facoltà medica; ne faranno parte di diritto i titolari di Patologia generale e di Anatomia patologica. La Commissione dovrà deliberare non più tardi del 1° novembre successivo. A concorso ultimato i concorrenti potranno procedere al ritiro dei loro titoli.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

È stato firmato il decreto che abilita alla libera docenza in patologia medica il nostro collega di redazione dott. Arnaldo Pozzi.

Questi si è dedicato agli studi severi con lo stesso impegno, la stessa serietà e la stessa rettitudine che il padre, comm. Luigi, ha posto nell'organizzare e condurre l'azienda editoriale del « Policlinico » e nel farne una compagine salda, uno strumento culturale ed un'affermazione d'italianità.

Al neo-professore ed alla famiglia vada l'espressione rinnovata del nostro compiacimento e della nostra simpatia.

La Società di chirurgia di Lione ha nominato ad unanimità il prof. Davide Giordano membro d'onore della Società stessa. Vivi rallegramenti all'illustre operatore e studioso.

Sono nominati, in esito a concorsi, i proff.: Ermanno Federici, di clinica oculistica, a Cagliari; Giulio Cesare Pupilli, di fisiologia, a Sassari; Luigi Scremin, di farmacologia e tossicologia a Camerino.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Teresa Stolz Ricci Picchio, in anatomia patologica; Federico Allodi e Gaetano Li Causi, in anatomia topografica; Giacomo Andreassi, Gennaro Palumbi e Antonio Ruotolo, in anatomia umana normale; Donato Franceschelli, in batteriologia ed immunologia; Luigi Ciarrocchi e Carlo Mazzanti, in clinica dermosifilopatica; Giuseppe Cantele, Vittorio Aprile, Khayel Arslan, Salvatore Barbera, Ettore Giuffrida, Emilio Liveriero, Alberto Pagano, Achille Peroni, Enrico Rubaltelli, Gustavo Sanvenero Rosselli, Giuseppe Scalori e Renato Segre, in clinica otorinolaringoiatrica; Michele Mazzitelli, in epidemiologia e polizia sanitaria; Girolamo Orestano, in farmacologia sperimentale, tossicologia e terapia; Celestino Rossetti, in igiene; Ettore Micheletti, in parassitologia medica; Benigno Baroni, Luigi Bianchi, Goffredo Flora, Luigi Michelazzi, Domenico Rigano, Luigi Robusti e il compianto Floriano Lanfranchi (figlio dell'illustre prof. Alessandro), in patologia generale; Lodovico Docimio, Giuseppe Figurelli, Giuseppe Lino, Francesco Melina, Alessio Pezcoller, Guido Pupini, Ettore Ruggieri e Piero Marri Caciotti, in patologia speciale chirurgica; Paolo Costantino, in patologia speciale medica; Carlo Enderle, Carlo Ferrio e Raffaele Siniscalchi, in psichiatria; Alessandro Bilello, Alcide Chinaglia, Pino Foltz e Francesco Volante, in anatomia e istologia patologica; Filippo Rocchi, in clinica delle malattie infettive; Igino Jacono, in clinica delle malattie tropicali e subtropicali; Luigi Liaci, in farmacologia sperimentale e terapia; Mario Collina, in legislazione e polizia sanitaria; Oreste Bellucci, in medicina sociale; Ettore D'Osvaldo, Giuseppe Fontana, Emanuele Galante, Ugo Lumbroso e Alfredo Pergola, in oftalmologia e clinica oculistica; Augusto Botto Micca, in storia della medicina.

L'Università del Re Stefano Batory in Vilna (Polonia) ha nominato dottore *honoris causa* il prof. Antonio Cardoso Fontes, di Rio de Janeiro, in riconoscimento dei suoi studî sul virus tubercolare.

Il Consiglio superiore delle Opere dell'Infanzia del Belgio ha conferito il premio biennale « Henri

Jaspar » al dott. P. Nélis per il suo studio sulla lotta antidifterica.

Il dott. Richard Atkinson Stoney di Dublino è stato eletto presidente della Reale Accademia di Medicina dell'Irlanda.

Quale successore del prof. G. A. Rost, titolare della clinica per le malattie cutanee e veneree di Friburgo i. B., andato a riposo per la nuova legge sul congedo dei professori, è nominato il prof. Stühmer, di Münster i. W.

Il prof. Tirala, di Brünn, è nominato professore d'igiene delle razze e direttore dell'istituto omonimo a Monaco.

Il prof. Leopold Lichtwitz, già direttore dell'Ospedale Rodolfo Virchow a Berlino, espulso dalla Germania, è nominato direttore della Sezione medica dell'Ospedale Montefiore a New York.

Il dott. Gottfried Raestrup, dell'Università di Francoforte sul Meno, è nominato professore di medicina legale a Lipsia.

Il prof. Theobald Smith, di Princeton, è nominato presidente del direttorio dell'Istituto Rockefeller per ricerche mediche di New York, in sostituzione del prof. W. H. Welch, di Baltimora, andato a riposo per ragioni di età (ha raggiunto 83 anni).

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Ufficiale: prof. Ottorino Rossi, ord. di clinica delle malattie mentali e nervose, a Pavia.

Cavalieri: prof. Giovanni Boeri, ord. di clinica medica, a Napoli; prof. Carlo Vercesi, ord. di clinica ostetrica e ginecologica, a Palermo; prof. Luigi Zoja, ord. di clinica medica, a Milano.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Gino Frontali, ord. di clinica pediatrica, a Padova; prof. Amedeo Herlitzka, ord. di fisiologia, a Torino.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Brescia.

La Società medico-chirurgica bresciana ha tenuto il suo Quarto Convegno di Medicina climatica e sportiva di montagna nei giorni 25-26 febbraio 1934 a Ponte di Legno. Il prof. Carlo Foà ha svolto una dotta conferenza sul tema « L'azione biologica delle radiazioni ». Il prof. A. Valenti ha tenuto un discorso di circostanza.

La II gara sportiva fra medici sciatori (valevole anche per la disputa del trofeo della Società medica) è stata vinta dai colleghi: dott. A. Gavazzeni di Bergamo per la 1ª categoria; dott. R. Del Re di Brescia per la 2ª e dott. M. Cartesegna di Torino per la 3ª. Il trofeo, in palio per una terza vittoria, è conservato al detentore dott. Gavazzeni. La gara fra signore e signorine dei congressisti è stata vinta dalla signorina Pegazzano di Milano.

Hanno presenziato al Raduno il Rettore della Università di Milano, il prof. Zoja, molti primari degli Spedali di Brescia e medici delle provincie lombarde, venete, emiliane e piemontesi, S. E. il Prefetto di Brescia ecc.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso internazionale di endocrinologia.

La Società Medica di Marienbad ha indetto un congresso internazionale di endocrinologia, in considerazione dell'importanza crescente di questo ramo della medicina nel campo scientifico e terapeutico. Presidente effettivo sarà il prof. Julius Bauer (Vienna); presidenti onorari i proff. E. Abderhalden (Halle) e J. Wagner-Jauregg (Vienna).

Il congresso si riunirà a Marienbad dal 24 al 26 maggio. Verranno fatte relazioni e conferenze da: E. Abderhalden (Halle), L. Asher (Berna), J. Charvát (Praga), B. Zondek (Stoccolma), H. Eppinger (Vienna), W. Falta (Vienna), C. Foà (Milano), E. Gamper (Praga), A. Giuric (Praga), K. Hynek (Praga), F. Kisch (Vienna-Marienbad), E. Laqueur (Amsterdam), E. Leriche (Lione), E. Nobel (Vienna), W. Nonnenbruch (Praga), J. Pelnár (Praga), N. Pende (Genova), J. Snapper (Amsterdam), W. H. Veil (Jena).

Quota d'iscrizione: 50 corone czeco-slovacche = 6 scellini inglesi = 10 scellini austriaci = 6 RM. È disponibile un certo numero di camere gratis, se fissate in tempo; altrimenti l'alloggio si potrà avere a prezzo ridotto.

Per informazioni riguardanti i lavori rivolgersi al prof. Julius Bauer, Mariengasse 15, Wien IX, Austria; per informazioni amministrative rivolgersi al « Balneologische Institut », Marienbad, Czecoslovacchia.

5° Congresso francese di dermosifilografia.

Il 5° Congresso dei dermatologi e sifilografi di lingua francese si terrà a Lione dal 19 al 21 luglio, sotto la presidenza del prof. Nicolas. Segretario generale è il dott. Carle; tesoriere il prof. Gaté (rue Sainte-Hélène 24, Lyon), al quale devono inviarsi le quote di adesione. Queste importano fr. 150; sono ridotte a fr. 100 per i membri dell'Associazione dei dermatologi e sifilografi di lingua francese ed a fr. 50 per i membri associati (moglie, figli, studenti in medicina).

Temi: « Eziologia e trattamento del lupus eritematoso »; « Diagnosi del bubbone da ulcera molle »; « Accidenti delle cure antiluetiche ». Si accettano comunicazioni relative ai tre temi. Durante il Congresso avrà luogo una cerimonia per la consegna di una medaglia al prof. Nicolas, da parte di amici, colleghi ed allievi.

Adunata della Società Italiana di chirurgia della bocca.

È indetta a Tripoli per la prossima Pasqua. D'accordo con la Compagnia Italiana di Turismo, la Presidenza ha tracciato un attraente programma che ha avuto l'approvazione di S. E. De Bono, Ministro delle Colonie.

Il programma stabilisce per il 31 marzo la partenza da Catania; sosta a Malta il 1° aprile. Congresso e visita a Tripoli dal 2 al 6 aprile. Ritorno a Palermo il 7.

Reparto Urologico all'Ospedale del Littorio in Roma.

È stato aperto all'accettazione degli infermi un nuovo reparto dell'ospedale del Littorio in Roma. Questo padiglione, dotato di sale per malati, di camera operatoria, di gabinetto radiologico e di laboratorii chimico, batteriologico ed istologico, è destinato alla cura di ammalati di affezioni dei

reni, della vescica e della prostata. Il presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, avv. G. Spano, prefetto del Regno, accompagnato dal cav. di gr. cr. nob. avv. A. Corelli, segretario generale, dal sovraintendente sanitario comm. dott. Scalfati, dal direttore del Littorio prof. T. Ferretti, dal prof. Bruni di Napoli, dal prof. Rainoldi e da tutti i sanitari dell'ospedale, ha voluto visitare personalmente i locali e rendersi conto del modo con il quale è stato allestito il Reparto da lui voluto. Direttore del reparto è il prof. Ermanno Mingazzini, vice presidente della Società italiana di urologia.

Corsi di perfezionamento.

L'Associazione internazionale ospedaliera, in occasione dell'ultimo congresso adunatosi a Knocke (Belgio), decise che il corso di perfezionamento nel 1934 si sarebbe tenuto in Svizzera. Esso è stato organizzato per i giorni 15-28 agosto e sarà diviso in 3 Sezioni: dal 15 al 18 agosto studio dell'organizzazione di varî ospedali (Basilea, Zurigo, Lucerna); dal 19 al 23 agosto conferenze e discussioni (a Berna); dal 23 al 28 agosto visite a istituzioni mediche dei Grigioni (sanatori, ospedali ecc.). Si può iscriversi ad una sola Sezione. Rivolgersi al Dr. G. von Deschwanden, Directeur de l'Hôpital Cantonal, Lucerne; per informazioni complementari rivolgersi all'ufficio della Veska, Obergrundstrasse 13, Lucerne.

* * *

Un corso di perfezionamento sulla terapia medica e idrologica delle malattie del tubo digerente, del fegato e della nutrizione si terrà, sotto gli auspicî della Facoltà medica dell'Università di Parigi, dal 23 aprile al 7 maggio, a cura del prof. M. Villaret. Un viaggio di studî avrà luogo dal 5 al 7 maggio a Vichy. Tassa d'iscrizione 200 franchi. Rivolgersi al: Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie thérapeutiques de la Faculté de Médicine (Ecole pratique), rue de l'Ecole de Médecine, Paris (VIe).

Crociera medica al Canadà.

In occasione del Congresso medico francese, indetto al Canadà, e delle feste pel quattrocentesimo anniversario della scoperta di questa Regione, il « Bruxelles-Médical » e il « Concours Médical » organizzano un viaggio al Canadà a bordo dello splendido vapore « Empress of Australia », una delle più belle unità che traversino l'Atlantico, vapore di 32.000 tonnellate. La partenza avrà luogo da Anversa il 18 agosto e da Cherbourg il 19 agosto. Il prezzo più basso è di 257 dollari canadesi, cioè 5783 franchi belgi (il dollaro canadese vale, al corso attuale, 22,50 franchi belgi) o 4,130 franchi francesi, cioè 3,076 lire italiane.

Questo prezzo comprende la traversata andata e ritorno Europa-Canadà, il soggiorno durante 4 giorni di congresso, il vino sui vapori, le mancie, le spese di guide, ecc. ecc.

Un programma di escursioni al Canadà e agli Stati Uniti è stato preordinato dal Comitato a prezzi vantaggiosissimi.

Tali escursioni offriranno una attrazione eccezionale dal punto di vista storico, etnografico, artistico, scientifico e turistico.

Esse avranno luogo dopo il Congresso. I medici che desiderassero essere accompagnati da amici, sono pregati di informarne gli organizzatori.

Per informazioni ulteriori, indirizzarsi d'urgenza a « Bruxelles-Médical », rue Belliard 141, Bruxelles, Belgio.

Un po' dovunque.

Il 37° Congresso dei medici alienisti e neurologi di lingua francese è indetto a Lione dal 16 al 22 luglio. Temi: « Influenza delle teorie psicologiche sull'evoluzione della psichiatria »; « Tumori del 3° ventricolo: studio clinico e terapeutico »; « Classificazione e statistica delle malattie mentali ».

Il 18 febbraio si è adunata ad Anversa la Lega belga contro il reumatismo, sotto la presidenza del prof. De Nobele di Gand.

La Sezione del Lazio dell'Associazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi si è adunata il 5 febbraio, sotto la presidenza del prof. G. Mendes, assistito dal Delegato regionale prof. A. Omodei Zorini. Furono fatte comunicazioni dai soci dottori A. Fabris (due comunicazioni), G. Scoppati, prof. G. Luzzatto Fegiz, G. Di Gironimo; tutte furono seguite da discussioni.

Il 18 marzo si terrà a Modena la 25ª riunione del Gruppo emiliano della Società italiana di radiologia medica, sotto la presidenza del prof. Balli.

Si è tenuta nella Clinica dermosifilopatica del Policlinico Universitario di Siena la 28ª riunione della Sezione tosco-umbra della Società italiana di dermatologia. Presiedeva il prof. Bertaccini.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 18 gennaio e l'8 febbraio, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Furono fatte comunicazioni dai soci prof. P. A. Meineri, A. Vanelli, prof. G. Vercelli, prof. P. Fornara, L. Cabitto, M. Fagioli, dott.a E. Gibello Socco, P. Spoto, P. Mussini, prof. G. F. Capuani, A. Sacchetti (due comunicazioni), C. A. Luzzatti, prof. G. Dellepiane.

La Sezione Culturale del Sindacato Medico Fascista della Provincia di Mantova si è adunata il 21 dicembre sotto la presidenza del prof. A. Visentini, assistito dal segretario dott. C. Montecchi. Furono fatte comunicazioni dai dottori prof. F. Maccabruni, R. Lasagna, F. Baguzzi, E. Truzzi.

È stata costituita la « American Academy of orthopaedic surgeons », che riunisce chirurghi ortopedici di tutta l'America, allo scopo precipuo di contribuire al progresso delle conoscenze e dell'insegnamento nel campo della specialità. Verranno indette riunioni annuali. Verranno presi particolarmente in esame gli argomenti che seguono: deformità congenite, paralisi infantili, artriti, osteomieliti, tumori ossei, fratture ed altri traumatismi, legislazione sull'infortunistica, assistenza sociale ai deformi e mutilati.

Alla Fiera di Milano verrà organizzata quest'anno una prima Mostra sanitaria, ospitata in un padiglione sul viale dell'Arte, che si sta adattando.

Ha tenuto a Sassari la prolusione al corso ufficiale di Clinica pediatrica il prof. Luigi Auricchio, svolgendo il tema: « Dell'importanza dei sussidi diagnostici in Clinica pediatrica ».

Il prof. Mario Barbara, incaricato della patologia medica a Genova, ha tenuto la sua prolusione. Ha ringraziato la Facoltà medica per la prova di stima datagli ed ha espresso la sua riconoscenza al maestro, sen. prof. Pende; ha svolto il tema « Malati e malattie »; infine ha

fissato le direttive che si propone di seguire nel suo insegnamento.

Nell'Arcispedale di S. Giovanni in Roma si è inaugurata la nuova Scuola per infermiere, affidata alle Suore della Misericordia. Parlarono il direttore dell'Ospedale prof. Chiarini, il dott. Bonadies, mons. La Puma.

Ha avuto luogo l'inaugurazione della Poliambulanza sanitaria intitolata ad « Arnaldo Mussolini », dell'Istituto di credito e previdenza delle comunicazioni di Torino. Il presidente dell'Istituto nazionale delle assicurazioni ha illustrato le finalità dell'Istituto medesimo e l'opera di previdenza compiuta, mettendo in rilievo il vasto programma che sarà prossimamente attuato.

S. A. R. la Principessa di Piemonte ha visitato il Centro Assistenziale Maternità ed Infanzia della zona Flegrea. Fu ricevuta dal Presidente della Federazione Provinciale on. Morisani, dal Duca Paolo d'Ascoli, presidente del Centro e dall'ispettore sanitario prof. Arturo Marotta.

Il 1° aprile prossimo, in occasione delle elezioni del nuovo ministro generale dell'Ordine ospitaliero Fatebenefratelli, saranno inaugurati i vasti ed organici lavori di rinnovamento edilizio e di perfezionamento tecnico nell'ospedale che sorge a Roma da 350 anni nell'isola Tiberina. I vecchi fabbricati sono stati sostituiti da un imponente edificio di 170 metri di lunghezza per 60 di larghezza.

La Facoltà Medica di Marsiglia ha organizzato un viaggio medico sulla Costa Azzurra dal 27 marzo al 3 aprile; quota d'iscrizione 100 franchi; importo totale 1200 franchi. Per informazioni rivolgersi alla « Société Médicale du Littoral », rue Verdi 24, Nizza.

Con una cerimonia semplice ed austera è stato inaugurato l'Istituto provinciale di igiene sociale eretto dal Consorzio Antitubercolare per la Provincia di Brindisi.

Un principio d'incendio prodottosi negli scantinati dell'Ufficio d'igiene di Roma il 5 corr. è stato rapidamente domato.

Indice alfabetico per materie.

Anestesia paravertebrale in ostetricia . *Pag.* 384
Argento colloidale introdotto in cavità peritoneale durante le laparotomie: pretesa azione peristaltigena . . . . » 363
Ascesso cerebrale da « Actinomyces albus » . . . . » 386
Amministrazione sanitaria . . . . » 394
Bambino: il — non mangia . . . . . . » 390
Bibliografia . . . . » 385
Blenorragia latente e complicazioni: prove di laboratorio . . . . » 386
Bottone d'oriente: istologia . . . . . . » 386
Cancro dell'ano . . . . » 379
Cloro: ricambio . . . . » 374
Cordoma vertebrale . . . . » 377
Coxite tubercolare: artrodesi justaarticolare . . . . » 386
Cuore: alterazioni anatomo-patologiche nella fibrillazione auricolare . . . . . » 391
Cuore: blocco di branca . . . . » 383
Esercizi fisici come mezzo per conservare la salute . . . . » 391
Estremità: affezioni arteriose . . . . . . » 381
Giurisprudenza sanitaria: quesiti . . . . » 393
Febbre glandolare di Pfeiffer: epidemia » 387
Granulomi coccidioidi . . . . » 387
Idiopatie tossiche . . . . *Pag.* 379
Ipersurrenalismo sperimentale: alterazioni vascolari . . . . » 392
Morbo di Basedow: terapia chirurgica . » 384
Paralisi difterica sperimentale . . . . . » 384
Piemie: trasfusione sanguigna . . . . . » 390
Pileflebite . . . . » 382
Pneumotorace emostatico: valore relativo della pressione endopleurica . . . . » 372
Protozoi parassiti intestinali nell'uomo . » 368
Rotula: lussazione congenita . . . . . . » 386
Scarlattina: morte brusca imprevista nel periodo di eruzione . . . . » 388
Sedentarietà: le malattie della — . . . . » 392
Setticemie streptococciche: immunotrasfusione . . . . » 389
Siero antidifterico nella pratica . . . . . » 388
Siero: efedrina per la profilassi degli accidenti da — . . . . » 389
Tabacco: ipersensibilità al — . . . . . . » 380
Tetano: trattamento attuale . . . . » 389
Tubercolosi polmonare: metalloterapia alla Walbum con sali di manganese . » 390
Tumori dell'orbita . . . . » 378
Tumori spontanei: azione delle irradiazioni solari . . . . » 377

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, Resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLI Roma, 19 Marzo 1934 - XII Num. 11

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: A. Chiasserini: L'esplorazione della regione chiasmatico-ipofisaria per via temporo-frontale previa cranio-resezione osteoplastica bilaterale.

Osservazioni cliniche: F. Amantea: Su d'un caso di psicosi da intossicazione cronica da aceto-arsenio di rame (verde di Schweinfurt).

Note e contributi: G. Gucci: Sopra il trattamento delle ferite del seno longitudinale superiore.

Sunti e rassegne: INFEZIONI: E. Pugnani: Localizzazione elettiva ed infezione sperimentale da Bacterium coli. — W. L. Niles e J. C. Torrej: Il significato clinico del B. coli haemolyticum. — H. P. Minsburg-White: La diffusione di infezioni della parte cervicale dell'utero nel sistema urinario e l'ascesa di infezioni della regione inferiore verso il rene. — A. Previtera: Contributo alla diagnostica delle malattie del gruppo « tifo esantematico ». — M. de Crinis: Encefalite ed influenza. — A. Lemierre: Un caso di febbre purpurea delle montagne rocciose osservato a Parigi. — MISCELLANEA: W. Schoeller: L'andamento ormonico del ciclo femminile. — A. J. Quick: La probabile natura allergica dell'avvelenamento da cincofene. — M. Donati: Sulla cura chirurgica del diabete. — G. Lyon: Le stomatorragie.

Cenni bibliografici.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Le emorragie digestive senza altri sintomi. — Il significato e la cura della diarrea. — Il borato di sodio nelle diarree infantili. — Contributo alla terapia dell'ulcera gastroduodenale con il benzoato di sodio. — La cura dell'autointossicazione intestinale. — L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA: L'impiego della membrana testacea delle uova degli uccelli in chirurgia. — MEDICINA SCIENTIFICA: Alterazione delle glandole salivari negli anofeli infetti. — VARIA.

Nella vita professionale: Medicina sociale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA.
X° PADIGLIONE FLAJANI

L'esplorazione della regione chiasmatico-ipofisaria per via temporo-frontale previa cranio-resezione osteoplastica bilaterale.

ANGELO CHIASSERINI, Chirurgo Primario.

Quattro anni or sono ebbi occasione di esporre il metodo operativo da me seguito in un caso di cisti della regione ipofisaria.

Si trattava in quel caso di una paziente di 18 anni, che era stata inviata nella Divisione dell'Ospedale di Venezia di cui ero allora primario, dal primario medico prof. Jona, con la diagnosi di probabile cisti della ipofisi.

La paziente venne operata in due tempi per via transfrontale; in un primo tempo seguendo la fossa cranica anteriore destra, scollando gradualmente la dura madre sin quasi al margine delle piccole ali dello sfenoide, incidendo quindi la dura e procedendo al sollevamento del lobo frontale per mettere in vista la regione chiasmatica. L'emorragia consecutiva alla lesione di una piccola zona della corticale mi costrinse ad interrompere l'atto operativo.

Il secondo tempo di questa operazione fu eseguito tre mesi dopo, e precisamente il 14 maggio 1929. Questa volta cercai di esporre la regione ipofisaria traverso la fossa cranica anteriore sinistra, procedendo, come nel primo intervento, per via extradurale, dopo aver praticato una cranio-resezione più ampia che nel primo intervento.

Mi fu possibile di mettere abbastanza bene in vista il nervo ottico di sinistra e la metà corrispondente del chiasma, che erano spinti verso l'alto da una tumefazione di aspetto cistico, grande come una noce.

L'intervento si limitò al semplice vuotamento della cisti.

La paziente, che era già amaurotica al momento della prima operazione, sopravvisse, ottenendo però solo uno scarso giovamento (scomparsa della cefalea e del vomito).

Questo intervento può essere definito quale una esplorazione della regione chiasmatico-ipofisaria, per via frontale extradurale, in due tempi, traverso cranio - resezione bilaterale.

Un intervento in qualche modo analogo fu descritto da Frazier nel numero di luglio 1928

dell' « Annals of Surgery »: egli aveva asportato un adenoma dell'ipofisi in due tempi a distanza di tre mesi l'uno dall'altro, eseguendo la prima volta una cranioresezione frontale destra e successivamente una cranioresezione sinistra, ed asportando ciascuna volta la metà del tumore corrispondente al lato da cui l'operatore si era fatto strada.

Frazier proponeva di utilizzare la via transfrontale bilaterale per quei casi in cui il tumore è molto voluminoso, sporgendo dai due lati della linea mediana.

In una mia pubblicazione del 1930 io dicevo che « questo approccio bilaterale deve rendere meno pericolosa e più completa l'asportazione di un tumore, che sporga dalla sella turcica, permettendo un sollevamento sufficiente del lobo frontale dalla fossa cranica anteriore, con minor pericolo di compressione cerebrale ».

La rarità con cui a noi chirurgi italiani è dato operare tumori cerebrali in genere, e dell'ipofisi in particolare, non mi ha offerto l'occasione di tornare su questo appassionante argomento, se non dopo molto tempo, e precisamente nell'anno scorso, durante il quale mi è stato possibile intervenire su tre pazienti, nei quali era stata fatta la diagnosi generica di tumore dell'ipofisi. E poichè mi erano noti i successi ottenuti da vari neurochirurgi operando sulla regione della sella turcica per via frontale traverso cranioresezione unilaterale, volli anche io adoperare questo metodo, che mi appariva più semplice della cranioresezione bilaterale.

Due pazienti (un ragazzo di 16 anni con sindrome adiposo-genitale, cui negli ultimi tempi si erano aggiunte crisi di sonnolenza, vomito e cefalea; una donna con grave deficit del visus ed emianopsia bitemporale) furono operati per via endodurale, previa cranioresezione frontale destra, e trovati affetti da tumore a sviluppo ante e retrochiasmatico, che potè essere asportato apparentemente in totalità.

Non vi ha dubbio che anche traverso una cranioresezione unilaterale la regione chiasmatica possa essere messa bene in vista: ciò avvenne anche in ambedue i nostri casi.

Ma se si riuscì di condurre bene a termine l'operazione, e di osservare che, dopo la rimozione a frammenti della neoplasia, e il tamponamento per alcuni minuti del cavo residuo, l'emostasi appariva completa, avemmo poi la grave delusione di perdere i nostri pazienti rispettivamente in seconda e in terza giornata, dopo che essi avevano presentato la sintomatologia, che si attribuisce alla compressione e contusione cerebrale postoperatoria: iperpiressia e tachicardia.

Purtroppo in un solo caso fu potuta eseguire una parziale autopsia, la quale tuttavia dimostrò un grave rammollimento del lobo frontale destro.

Questa esperienza e l'occasione avuta qualche mese fa di osservare le gravi difficoltà incontrate da un ben noto neurochirurgo francese durante un intervento per tumore della ipofisi, che egli esponeva per via transfrontale, mi spinsero a tornare al sistema della cranioresezione bilaterale in un caso, che ho avuto occasione di operare nel novembre dello scorso anno.

Si trattava di un uomo di 38 anni, inviato a noi con la diagnosi di probabile tumore dell'ipofisi.

Il 31 ottobre, in anestesia basale avertinica e locale, delimitai due ampi lembi di cuoio capelluto a mezzo di due incisioni, delle quali una andava da un padiglione dell'orecchio all'altro, la seconda dal punto di mezzo della prima verso l'innanzi per terminare un po' perifericamente alla linea d'inserzione dei capelli nel mezzo della regione frontale (fig. 1).

FIG. 1. — Due strisce di Pflaster sono state poste sul decorso delle incisioni cutanee.

I lembi cutanei furono scollati dai due lati sino alla arcata zigomatica. Due lembi osteoplastici a peduncolo in corrispondenza dell'arcata zigomatica (di cui il destro più ampio) furono ribattuti

in fuori (figg. 2-3). I forami ossei praticati con l'istrumentario di De Martel, furono riuniti in parte con la sega elicoidale, in parte con la sega di Gigli, che permise di conservare in basso il peduncolo vascolare temporale, e in alto di fare una sezione ossea obliqua in modo da impedire un successivo avvallamento del lembo.

La dura delle regioni temporo-frontali restò dai lati ampiamente allo scoperto, sopratutto a destra. Essa era animata da pulsazioni.

Avendo deciso di rimandare il proseguimento dell'atto operativo ad un secondo tempo, i due lembi peduncolati furono rimessi al loro posto. Sutura della galea e della cute.

FIG. 2. — Aspetto frontale dei due lembi osteoplastici.

Il secondo intervento viene praticato dopo nove giorni (8-XI-1933).

Anestesia avertinica positiva (11 ctg. per Kg.).

Disgiunzione delle precedenti suture. Si ribattono verso l'esterno i lembi cutanei e quelli osteomuscolari. Modica soffusione emorragica e qualche coagulo sulla faccia esterna della dura. Graduale incisione della dura da ambedue i lati. A destra si procede al sollevamento del lobo frontale dalla fossa cranica anteriore, servendoci di spatole molli di piombo e batuffoli di cotone bagnati, sino a scoprire il nervo olfattivo di destra, che viene sezionato. Successivamente si mettono in evidenza i due nervi ottici e il chiasma. Non si osservano tumefazioni; esistono solo delle aderenze fra nervo ottico di sinistra e base cerebrale: vengono distaccate per via ottusa.

Il nervo ottico di sinistra sembra più sottile del destro: ma ambedue appaiono di calibro piuttosto piccolo.

Una puntura fatta davanti e lateralmente al chiasma, porta da prima qualche goccia di liquido sieroso, indi sangue rutilante. Si ritira l'ago; continua a fuoriuscire sangue arterioso. L'emorragia si arresta tamponando per qualche minuto.

Con un piccolo cucchiaio si penetra nella concavità della sella: non si ha l'impressione che esistano tumefazioni abnormi.

Sutura accurata in seta dei lembi durali; ribattimento dei lembi osteoplastici; sutura della galea e della cute.

Decorso operatorio dei più normali: il paziente, poco dopo il termine dell'intervento, è in grado di parlare, e dice di sentirsi bene.

Ha per qualche giorno cefalea, che poi scompare. Si nota la comparsa di una paresi dell'oculo-motore di sinistra, certamente in rapporto con la puntura fatta durante l'intervento.

Tale paresi si è andata gradualmente attenuando.

Non è qui il momento di intrattenerci sulla complessa questione diagnostica, che questo caso potrebbe suscitare, nè sulla ragione del notevole miglioramento, che il paziente ha presentato, sia per ciò che riguarda il sensorio, sia per ciò che riguarda la sindrome oculare, desiderando limitarmi ad esaminare solo alcuni punti, che riguardano il metodo operativo da me usato.

FIG. 3. — Aspetto laterale dei due lembi osteoplastici.

Esso, pur comprendendo una cranioresezione bilaterale, diversifica notevolmente dal metodo seguito nel caso operato nel 1929.

A parte la modificazione delle incisioni cutanee, che potrebbero decorrere anche completamente nell'ambito dei capelli (fig. 4), restando perciò invisibili, la resezione bilaterale è fatta qui in un sol tempo, e come preliminare all'intervento principale, che può seguire, o immediatamente, o dopo qualche giorno.

La resezione è più ampia, il lembo è peduncolato ed ha la sua base in corrispondenza del-

l'*aditus* latero-frontale alla regione della fossa cranica anteriore.

La esplorazione è eseguita per via intradurale.

Diversifica anche dal procedimento suggerito da Frazier, il quale consiglia una cranioresezione bilaterale in due tempi, per procedere prima da un lato, poi dall'altro alla rimozione di tumefazioni voluminose, che sporgano da un lato e dall'altro della linea mediana.

FIG. 4. — A guarigione avvenuta è visibile solo una breve linea di cicatrice nel mezzo della fronte in vicinanza della inserzione dei capelli.

Nel mio procedimento la cranioresezione bilaterale eseguita in un sol tempo ha lo scopo principale di permettere un'ampia esposizione della regione chiasmatico-ipofisaria, procedendo da un sol lato, ed evitando nello stesso tempo una eccessiva compressione sul lobo frontale, che viene sollevato.

Naturalmente, qualora la tumefazione riscontrata fosse così grande da spingersi notevolmente verso il lato opposto a quello da cui si opera, nulla vieterebbe al chirurgo di procedere anche traverso la breccia ossea dell'altro lato, o durante la stessa seduta, o in un tempo successivo.

Quello che importa è di veder bene, di poter controllare i varî tempi della operazione, e di evitare una eccessiva compressione del lobo frontale, che viene sollevato.

Quando è stata eseguita una cranioresezione bilaterale, e la dura ampiamente aperta, si può osservare che, durante le manovre di sollevamento del lobo frontale, la zona corticale corrispondente alla breccia ossea controlaterale tende a sporgere; la pressione arteriosa e il polso non subiscono modificazioni apprezzabili; il decorso postoperatorio non sembra essere esposto a quei gravi perturbamenti termici e vascolari, che talora si osservano nei casi in cui la regione sia stata esposta traverso una cranioresezione unilaterale.

In uno dei nostri casi operato dopo cranioresezione unilaterale l'autopsia dimostrò, come abbiamo già ricordato, un processo di rammollimento grave del lobo frontale, che era stato sollevato durante l'intervento.

In conclusione questo procedimento avrebbe lo scopo di rendere meno grave un intervento, che tanti vantaggi ha dimostrato di avere sui metodi transfenoidali.

RIASSUNTO.

L'A. espone un suo metodo di esplorazione della regione chiasmatico-ipofisaria traverso una cranio-resezione fronto-temporale bilaterale. Esso avrebbe il vantaggio sui comuni metodi transfrontali di permettere un'ampia visione sulla regione peripofisaria, evitando il pericolo di una eccessiva compressione sul lobo frontale.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. C. FRUGONI.

Su d'un caso di psicosi da intossicazione cronica da aceto-arsenito di rame (verde di Schweinfurt)

per il dott. F. AMANTEA.

Durante l'anno scolastico 1933, si è avuta in clinica l'occasione di osservare un malato, affetto d'intossicazione cronica di arsenito di rame (verde di Schweinfurt), sostanza impiegata per la sterilizzazione degli anofeli nella lotta antimalarigena. Il caso, credo, sia degno di essere riportato, e per le discussioni critiche, cui esso diede luogo, per arrivare ad una sicura diagnosi, e per l'insegnamento che ne può derivare nel campo della profilassi antimalarica.

CASO CLINICO. — C. Salvatore, di anni 42; nulla d'importante nell'anamnesi familiare e fisiologica, sposato con prole, di mestiere fornaio, modico fumatore, discreto mangiatore, forte bevitore di vino e di liquori, si da andare a volte incontro a vera e propria ebrezza etilica; normale nella vita sessuale. Nell'anamnesi patologica remota, v'è da rimarcare: i comuni esantemi dell'infanzia; polmonite da giovane, infezione naiserriana durante la guerra: nega lues. Nel 1928 ebbe a soffrire di astenia, facile stanchezza alla più lieve fatica, irascibilità, disturbi a carico dell'apparato digerente: dolori addominali diffusi, feci diarroiche, miste a muco e a volte a sangue. Un medico interrogato, dopo alcuni mesi, fece diagnosi d'enterocolite e di nevrastenia. Dopo tre mesi di cure egli riacquistò l'energia perduta e ritornò a sentirsi cosi bene, da ritornare al lavoro proficuo.

A. P. prossima: sul principio del 1932, recatosi a fare il disinfettore con il verde di Schweinfurt sul lago di Nemi, egli dopo un tempo che non riesce a precisare, certo di parecchi mesi, incominciò di nuovo a sentirsi male. Pian piano egli divenne astenico, anoressico ed incapace al lavoro abituale. Tuttavia non desistè da esso e, così dopo alcun tempo, incominciò ad avvertire ronzii alle orecchie, scintillii agli occhi e a volte vertigini ed una strana irrequietezza, che l'obbligava a volte ad astenersi dal lavoro. Arrivò così ad un punto, in cui gli riusciva impossibile e a volte troppo penoso fare il lungo tratto di strada a piedi, e specie l'erta, cui in fondo era obbligato per raggiungere il posto di lavoro. In un giorno piuttosto rigido, mentre si trovava immerso nelle acque fino alla cintola, per lo spargimento dell'arsenito di rame, fu d'improvviso colpito da un senso di malore, costituito da smarrimento, confusione e senso di svenimento. Pertanto reso inadatto al lavoro proficuo e fattisi i suoi guadagni di conseguenza più scarsi, egli incominciò a diventare taciturno, melanconico, giungendo al punto di ricusare a volte il cibo in favore dei suoi figliuoli, che riteneva insufficientemente nutriti. In questo frattempo egli ebbe a notare (settembre 1932) delle macchie sulla pelle nella regione della piega del gomito e dei polsi, senza alcun carattere ulcerativo, ma moleste per intenso prurito. Il medico, interrogato, diagnosticò essere un eritema tossico, dovuto all'arsenito di rame. Denunciato il fatto alla società assicuratrice, per avere un indennizzo, ne sorsero delle divergenze, per cui egli rimase in forse sulla possibilità di ottenere il risarcimento dei danni. Pertanto si creava in lui uno stato critico sempre più anormale. Egli incominciò ad accusare una più profonda astenia; una assoluta incapacità alla più lieve fatica e a rinchiudersi sempre più in se stesso, in uno stato di profondo abbattimento; depresso, apatico e a volte cefalalgico. Tuttavia un giorno (metà di novembre) ritornando dal lavoro, cui pure alla men peggio persisteva, provò, egli dice, un senso di prostrazione più grave del solito, sì che nel camminare traballava, come un ubriaco. Avendo rossore, egli asserisce, che gli altri, che gli erano vicini, potessero notare tale suo stato ed attribuirlo ad ubriachezza, cercò di affrettarsi per raggiungere la casa; ma esausto, arrivato al portone di essa, cadde in ginocchio. Sostò un momento, poi, fattosi animo, salì le scale, come potè, carponi; ma giunto al piano superiore, ricadde privo di sensi. Il paziente, che fin qui aveva un buon ricordo dei suoi disturbi, ora riferisce quanto la moglie gli ha raccontato circa tutto il tempo, che persistè la sua incoscienza. Per circa tre giorni rimase come immobile, seduto vicino al tavolo, profondamente depresso, rifiutando il cibo, piangendo a volte, delirando spesso, come se cercasse di difendersi da una catastrofe immane, cui avrebbe dovuto soggiacere o come se egli vedesse degli incendi o dei diluvi, di cui temeva, avrebbe dovuto essere ingoiato. Dopo tre giorni, forse gradatamente, non sa dire, riacquistò la coscienza. Rimase quindi qualche tempo, ignaro di tutto quello che era stato intorno a lui così prostrato ed apatico, senza più essere delirante, a letto. Di poi, non perchè sentisse maggior vigoria, ma perchè necessità famigliari l'obbligavano a custodire la casa, allorchè la moglie si recava al lavoro, egli fu obbligato ad alzarsi dal letto. Passò così tutto il tempo sempre astenico, depresso, apatico, scontroso, anoressico, con periodiche cefalee e mialgie, seduto, oppure a letto, fino al suo ingresso in Clinica. Tutti i dati su riferiti sono stati pienamente confermati dalla moglie.

Esame obiettivo: presentato all'ingresso in Clinica:

Soggetto normotipo; condizioni generali scadute; decubito indifferente; apparato scheletrico regolare; pannicolo adiposo scarso ed egualmente distribuito; masse muscolari ipotrofiche, mà toniche; cute sollevabile in pliche, di colorito roseo-bruno; mucose visibili piuttosto rosee-pallide. Caratteri sessuali secondari normali. Sistema pilifero normalmente sviluppato. Polso ritmico ed eguale a pressione media, respiro normale, temperatura 36,5.

Capo mobile in tutti i sensi, indolente spontaneamente e alla pressione, viso simmetrico, bulbi oculari normali di grandezza, bocca regolare, denti sani, lieve tumefazione gengivale, su cui premendo, si ha la fuoriuscita di goccioline di liquido purulento. Lingua di aspetto e del volume normale; nulla a carico del faringe e delle tonsille.

Collo cilindrico mobile, tiroide normale, non vasi pulsanti, non Oliver, Cardarelli, Grocco.

Torace di forma normale, simmetrico; non punti dolenti. Spazi intercostali visibili; fosse sopra- e sotto-clavicolari lievemente infossate; espansione polmonare eguale da entrambi i lati. Nulla si riscontra alla palpazione, alla percussione, all'ascoltazione.

Apparato cardio-vascolare: nulla ad ispezione; alla palpazione, punta cardiaca al quarto spazio, non fremiti. Alla percusione: la punta si delimita al quarto spazio sull'emiclaveare, l'orecchietta due dita dalla emisternale, cuore destro sulla marginosternale. Nulla all'ascoltazione; toni netti.

Addome di volume normale, trattabile, indolente, privo di liquido, senza reticolo venoso visibile, con cute sollevabile in pliche, e cicatrice ombellicale introflessa. Organi ipocondriaci: fegato nei limiti; milza in alto al settimo spazio, in basso appena palpabile sotto l'arco.

Arti: nulla a carico di essi, se si eccettui la perdita dell'ultimo dito del piede di destra. Nulla a carico delle articolazioni.

Apparato linfo-glandolare esplorabile, normale, se ne eccettui qualche piccola glandoletta indolente, spostabile nella regione cervico-laterale e inguino-crurale.

Esame neurologico: Bulbi oculari mobili in tutte le direzioni. Lingua mobile in tutti i sensi, di normale trofismo, senza contrazioni fibrillari. Velopendolo e palato-molle simmetrici e mobili. Tono muscolare leggermente diminuito a carico degli arti, lievemente ipotrofici; non contrazioni fascicolari. Possibili sono tutti i movimenti attivi e passivi. La prova naso-indice e indice-indice e calcagno-ginocchio sono eseguite con sufficiente prontezza e regolarità. Stazione eretta incerta; accenno ad un Romberg laterale. Deambulazione lenta, con una certa rigidità nel corpo, che ricorda l'andatura degli spinali; atassico-spastica.

Riflessi: superficiali e profondi normali. Pupille reagenti alla luce e alla accomodazione, non nistagmi. Riflesso oculo-cardiaco — 11. Riflessi dei radiali, addominali, cremasterici, rotulei, achillei, plantari normali. Non Babinsky, Oppenheim, Strumpell. Non cloni. Riflesso di postura presente, specie nei bicipiti. Assenza di dermografismo.

Sensorio integro. Sensibilità tattica, termica, steriognostica, balliestesica, batiestesica, olfattiva, gustativa, uditiva normale. Non punti dolorosi all'emergenza o lungo il decorso dei tronchi nervosi; così non Biernaki, Abadj, ecc. Modica dolenzia alla pressione delle sure e dei muscoli della coscia. Non anestesie, nè parestesie.

Esame psichico: Nessun disturbo della percezione; indebolimento di tutte le facoltà intellettive; non fenomeni deliranti. Memoria incerta e a volte lacunare. Lieve indebolimento del potere critico. Affettività conservata. Orientamento al tempo e al luogo normale. Umore depresso, a volte triste ed apatico. Contegno e condotta tranquilli, ma con rari episodi di modica irrequietezza e scontrosità.

Richiesto, risponde a tono, ma come se facesse una grande concessione, correttamente a tutto quanto gli si chiede, ma a scatti, a volte con irruenza, a volte dopo essersi chiuso in un rapido diniego. Conversando a lungo si nota che egli cade a volte in contradizioni, che ha dei ricordi sfumati, imprecisi e che è dominato spesso da idee depressive a tipo melanconico. Rare volte si chiude in un vero mutismo, che però si riesce a vincere, insistendo nell'interrogatorio e magari mutando argomento. Non si riscontrano delle lacune, se ne eccettui per quanto riguarda il periodo dei tre giorni, cui rimase incosciente e su cui riferisce solo brevemente, quanto gli fu dalla moglie riferito. Disturbi della parola nessuno. Disturbi della grafia nessuno.

Esame della eccitabilità meccanica dei muscoli lievemente aumentata. Presenza di miodema, specie dei muscoli delle braccia.

Ricerche di laboratorio:

L'esame elettrico non ha dato alcun segno degenerativo.

L'esame della cronassia ha dato dei risultati pressochè normali.

Esame del fondo dell'occhio, normale. I disturbi accusati dal paziente si ritengono dovuti, dal competente specialista, ad incipiente presbiopia.

Esame oto-rino-laringo: stenosi nasale a destra, atrofia del meato inferiore a sinistra. Immobilità della parte posteriore faringea e della laringe.

Esame emocromocitometrico: Hb. 78; gl. rossi 4.500.000; V. gl. 0,80; gl. bianchi 7.000; granul. neutr. 69; granul. eosin. 5; granul. basof. 0; monociti 6; linfociti 19. Assenza di emazie punteggiate.

Esame delle urine: aspetto limpido; colore paglierino; reazione alcalina; densità 1015; albumina, glucosio, acetone, urobilina, pigmenti bil. sangue, indagano assente. Urea 7,71. Acido urico 0,14. Cloruri 13,34. Sedimento: numerosi cristalli di fosfati ed urati. Cellule della basi vie urinarie, parecchi leucociti, qualche cilindroide.

Esame del liquor: quantità estratta cc. 8; pressione al manometro di Claude: iniziale 30, finale 15; aspetto come acqua di rocca; albumina 0,16; glucosio assente; reazione di Pandy, Nonne-Apelt, Wassermann, del mastice negativa; sedimento negativo.

Cutireazione alla tubercolina di Koch, negativa.

Pressione arteriosa: mn. 75, mx. 125; reazione di Wassermann, di Meinicke, di Kann sul sangue negativa.

Azotemia 0,28; glicemia 0,95.

Tali in breve erano i dati principali del nostro paziente, su cui bisognava discutere per giungere ad una diagnosi; non fornendoci una via piana e facile a stabilirla direttamente nè la storia, nè i dati critici, conveniva indagare ogni sintomo e vagliarlo nel suo giusto valore. Si iniziò intanto con la interpretazione dei dati storici dell'ammalato e si vide che essa era da dividersi in due epoche. Per quella che concerne la prima, le cose erano relativamente semplici (tralasciando la storia patologica remota senza alcun rilievo). Essa era caratterizzata da una sindrome astenica, che si accompagnava con una sindrome addominale di dolori addominali e diarrea, senza speciali caratteri, e che fu, come si è visto, interpretata quale enterocolite e nevrastenia. Dopo circa tre anni di pieno benessere, si inizia la seconda epoca di malattia, che può dividersi a sua volta

in due fasi. La prima, in cui si nota l'insorgere lento subdolo, progressivo dell'astenia, anoressia, irrequietezza, ipocondria, vertigine fugace, culminante con una dermatosi, interpretata come dovuta ad intossicazione da arsenito di rame (verde di Schweinfurt). La seconda fase, in cui si nota il peggioramento di tutti i sintomi, precedentemente notati, culminante in un periodo di incoscienza della durata di tre giorni, in cui era un succedersi di deliri a carattere ossessivo e di uno stato depressivo ed ipocondriaco. Emerge chiaro dall'uno e dall'altra che nel nostro paziente più che le lesioni dei vari organi e sistemi, vi è stato un predomonio di una sindrome nervosa, a tipo astenico, e su tutto di una sindrome psicotica, a tipo depressivo, culminata in un delirio allucinatorio a carattere ossessivo. Come guida quindi verso una interpretazione diagnostica, noi non potevamo prescindere da questi dati negativi fornitici dall'esame obiettivo, e da quelli positivi dalla storia clinica. Ed è perciò che il nostro pensiero si è rivolto all'indagine delle sindromi di psicosi e di nevrosi, sieno esse espressioni di cause tossiche endogene o esogene siano epifenomeni di malattia organica del sistema nervoso, sia infine di forme funzionali.

Partendo da questo concetto abbiamo incominciato col chiederci, se egli per caso non fosse un funzionale, se cioè non fosse affetto da isteria, da nevrosi traumatica o da epilessia.

L'atteggiamento, lo sguardo del paziente poteva in noi suscitare il dubbio che egli fosse in preda di una di quelle espressioni psichiche, tanto frequenti in tali soggetti, cui si nota chiara la tendenza alla irascibilità, all'egoismo, alla menzogna, quasi smaniosi di rendersi interessanti e di recitare una parte. Se così fosse stato, avremmo potuto spiegarci bene le crisi di incoscienza, sofferte per tre giorni. Sappiamo, che i fenomeni di psicopatia possono assumere a volte, in soggetti isterici, in forme accessuali, l'aspetto di crisi angosciose e di stati confusionali allucinatori, a volte della durata di alcune ore e raramente di giorni. Tali stati sono costituiti prevalentemente di allucinazioni sensoriali, terrificanti; ma il cui ricordo, così come il contenuto del delirio, anche se incompleto, raramente manca. Nel nostro paziente invece noi abbiamo visto, che egli non ebbe il minimo ricordo del suo stato angoscioso e delirante, nè del tempo in cui rimase incosciente. Egli, sappiamo, racconta quello che altri gli riferiscono. Per lui fu come una parentesi, da cui si riebbe insensibilmente e in modo del tutto a lui sconosciuto. A parte ciò, egli non aveva mai presentato a carico di altri sistemi, quei disturbi pur così frequenti nell'isteria, come le paralisi, le parestesie, le iperestesie o le ipoestesie, il chiodo isterico, le zoni isterogene, la sordità, l'amaurosi o i fenomeni irritativi, come gli spasmi, le contratture, i cloni, le convulsioni, e ciò neanche nel periodo della crisi violenta. Eppure le successive infermità e le condizioni di vita abbastanza disagiate, avrebbero potuto suscitare in lui simili crisi, se egli ne fosse stato affetto.

E allora era da chiederci: era egli epilettico? La storia, anche appresa dopo dai famigliari, taceva da questo lato. Evidentemente ci saremmo dovuti trovare innanzi ad un soggetto affetto da epilessia tardiva, che per cause traumatiche (lavoro superiore alla capacità fisica, malattie sofferte, patema d'animo per la impossibilità di sostenere pienamente la famiglia, timore di divenire incapace al lavoro, dubbio di non essere indennizzato dalla società assicuratrice per le lesioni subite), avrebbero potuto suscitare in lui, già dedito all'alcool, l'esplodere di una tale sindrome. Tuttavia la storia non dice, che egli avesse mai sofferto di attacchi di piccolo male, neanche nel periodo della sua malattia. Egli non ebbe episodi confusionali, assenze, crisi di furore o comunque sindromi sensoriali equivalenti alle aure. Se noi osserviamo attentamente l'episodio finale, egli, come abbiamo visto, non presentò neanche in esso alcuno di quei sintomi, che ricordano l'epilessia. Infatti, allorchè sentì mancarsi lungo la strada, affrettò il passo e cadde sulla soglia della porta, senza perdere la coscienza, non solo, ma potè salire carponi al piano superiore, ove solo ricadde privo della coscienza. Così noi possiamo vedere, anche qui mancare l'aura, il grido iniziale, la perdita di coscienza improvvisa, la caduta fulminea, le convulsioni, il morso della lingua, la perdita delle urine e in seguito il sonno profondo. È vero che tutto questo può mancare ed aversi invece uno stato di torpore e di confusione mentale, che, aumentando, può dare un vero stato di psicosi post-accessuale, con stupore, delirio o apatia; ma il nostro paziente non presentò, come si sa, nei giorni di incoscienza quello stato di delirio epilettico che Fahret e Morel definiscono essere caratterizzato da vari periodi di intensa agitazione psico-motoria in preda ai quali il paziente è sospinto a volte a commettere qualsiasi azione violenta e brutale. Il nostro p. invece, come si è visto, andò incontro a deliri allucinatori a tipo ossessivo, senza per questo essere spinto ad azioni motorie violente ed impulsive; anzi rimase seduto, come smarrito, apatico, indifferente, rifiutando a volte

financo il cibo per delle idee a tipo affettivo. Per tutto ciò parve a noi sufficiente escludere tali ipotesi.

Non rimaneva che riferirsi ad una nevrosi traumatica. E questa a prima vista avrebbe potuto, con più fondatezza, sembrare poterci spiegare ogni cosa, se si tiene conto che il paziente, dopo le prime turbe, s'era rivolto alla società assicuratrice per avere un indennizzo, che pare invece avesse incontrato difficoltà ad essere accettato. Tuttavia non bisogna obliare, che egli era già da più mesi sofferente e, se la causa fosse stata questa soltanto; cioè il trauma psichico, l'insorgere dei suoi disturbi avrebbe dovuto iniziarsi da quel momento. Si potrà solo convenire, che tale trauma psichico avrà potuto, tutto al più, fare entrare il paziente in stato di maggiore ansietà e peggiorare e precipitare quindi il suo stato di infermità, onde la si potrà chiamare come una concausa; ma non come vera e propria determinante del male stesso. È ad escluderlo poi in modo indubbio erano le alterazioni organiche, che egli presentava; quale: la lieve alterazione di eccitabilità elettrica, i disturbi trofici muscolari, la dermite che egli aveva presentato, i disturbi enterici, il lieve catarro e la modica congiuntivite. Lesioni che certo non possono venire simulate e che quindi non possono trovarsi nei soggetti affetti da semplice psicosi traumatica. Inoltre mancava uno dei sintomi tanto frequenti in questa, il restringimento del campo visivo, dalla maggioranza degli autori considerato come patognomonico.

Escluse le forme funzionali, si presero subito in considerazione le malattie organiche del sistema nervoso, che per l'insorgenza, per il quadro clinico, specie psicotico, avrebbero potuto più facilmente porsi in relazione con la sindrome presentata dal paziente. Facile era escludere ogni encefalpatia: come tumore, echinococco, emorragie, malacie, gliomatosi, e per il decorso clinico e per la mancanza su tutto di fenomeni a focolaio diretti o indiretti, cui quella dà luogo e che nel nostro malato facevano completamente difetto.

Così era da scartarsi l'ipotesi di una gliomatosi, di una lues cerebri, dacchè mancava nel paziente ogni segno recente e pregresso di lues e muta n'era la storia famigliare e personale e negativa ogni ricerca sul sangue e sul liquor. Infatti abbiamo visto la R. Wassermann, la Kann, la Nonne, la reazione del mastice essere negative.

E allora non ci rimaneva che passare in rassegna tutte le malattie del sistema nervoso, in cui facile è riscontrare una sintomatologia analoga a quella presentata nel nostro caso.

Presentava il nostro paziente una paralisi progressiva? Di essa mancavano quasi tutti i disturbi somatici, che la caratterizzano, come: la rigidità pupillare, sintomo quasi costante e precocissimo, l'anisocoria, l'abolizione dei riflessi, specie rotulei, l'atassia, i disturbi del linguaggio, della grafia e i sintomi a focolaio, esiti di pregressi attacchi epilettiformi o apoplettiformi. È vero che il nostro paziente parlava a volte a scatti e a volte si aveva un ritardo della risposta, quando del tutto non si ricusava di parlare, chiudendosi quasi in un mutismo ed aveva disturbi della statica e della deambulazione; ma egli non presentava nè disartrie, nè diminuzione del potere critico, nè alterazioni della ideazione, nè atassia, soltanto qualche lacuna delle memoria, riferentesi solo come abbiamo visto, al periodo di incoscienza. E per quanto molti dei sintomi somatici possono mancare, ve ne è sempre qualcuno ad attestare di essa, insieme con la sindrome psichica, che la caratterizza, sia a contenuto euforico, sia depressivo, sia demenziale. Inoltre conoscendo che la paralisi progressiva ha come substrato etiologico un'infezione luetica neurotropa, che nel caso nostro sappiamo mancare, era anche per questo da escludersi.

La sclerosi a placche può a volte insorgere con delle turbe psichiche, ma queste non sono così rimarchevoli e a carattere depressivo e melanconico, come nel nostro paziente, in cui l'insorgere subdolo della malattia, la debolezza, le vertigini, la cefalea, potevano farci ben pensare ad essa. Tuttavia il paziente dal punto di vista clinico non presentava nessun dato, che è considerato particolare attributo di essa; quale le paresi spastiche, il tremore intenzionale, il nistagmo, l'alterazione della parola che è lenta, scandita, esplosiva e infine l'atassia. È pur vero che nel nostro paziente v'era un accenno ad un Romberg laterale; ma ciò era da supporsi dovuto non a turbe dell'equilibrio per lesioni cerebro-spinali, ma alla ipotrofia muscolare di cui era affetto, specie a carico degli arti inferiori e del cingolo pelvico. Così anche l'andatura che a tutta prima poteva sembrare avere un carattere atassico, somigliante all'andatura degli affetti di sclerosi a placche, era piuttosto da riferirsi alla stessa causa.

E allora se nessuna delle forme organiche, su menzionate potevano darci una spiegazione sufficiente di tutta la sintomatologia presentata dall'ammalato, non si poteva che ricercarne le cause in un altro campo, quale quello delle intossicazioni. L'intossicazione endogena era da escludersi; i dati del laboratorio, oltre che la storia clinica, ci assicuravano dell'assenza di essa. Non tossicosi quindi uremica,

diabetica, alimentare. L'azotemia, la glicemia normale, il referto delle urine e delle feci normali e l'assenza di qualsiasi referto obiettivo degli organi interni, di cui qualcuno è sempre generalmente nel contempo compromesso: cuore, vasi, organi ipocondriaci, sistema nervoso periferico, ci consentivano di escluderla.

Non rimaneva così che prendere in considerazione le intossicazioni esogene, che bisognava oculatamente vagliare. Prima di esse era da prendersi nella dovuta considerazione la intossicazione alcoolica od etilica. Avendo presente le scorrette abitudini del paziente, dedito al vino e all'alcool, si da andare a volte incontro ad ebbrezza etilica, logica era questa deduzione, rammentando quanto danno essi possono indurre nell'organismo. Tuttavia gli organi interni del p. non presentavano alcun segno di lesioni etilica, che potessero attestarci della loro sofferenza. Nulla a carico del fascio cardio-vascolare, nulla al rene e al fegato, nulla a carico del sistema nervoso periferico. Così mentre la storia clinica ci sospingeva ad accettare tale ipotesi, il reperto clinico, e su tutto lo studio dei sintomi, ce ne allontanava. Aveva avuto dei disturbi soggettivi, quali astenia, debolezza muscolare, irrequietezza, depressione, ma mai tremori, mai crampi alle sure, nè nevriti periferiche, nè sonni agitati da visioni strane e paurose, nè insonnia. Ed infine neanche la crisi, per così dire, dei tre giorni, è da riferirsi ad allucinazioni alcooliche e tanto meno ad un vero e proprio « delirium tremens »; dacchè è noto che allora gli ammalati sono invasi dalla mania di muoversi e il loro contegno è così strano da passare con la più grande rapidità dall'ansia al terrore e da questo alla gioia più smodata, e tali disordini mentali sono diversi da quelli presentati dal nostro paziente. Così, anche dal punto di vista delle turbe psichiche, fummo obbligati a rigettare simile ipotesi.

Lo stesso era da farsi per l'intossicazione cronica da nicotina, non essendo mai egli stato un forte fumatore, nè in fabbriche di tabacco, nè avendo presentato quei fenomeni gravi del tabagismo quali gli attacchi anginoidi, nè avendo attualmente aritmie o amnesie dei nomi, da alcuni considerate tra i sintomi più caratteristici di esso.

Non era da riferircisi all'intossicazione da morfinismo cronico, nulla potendo indurci ad ammetterlo. Non i disturbi cerebrali a tutta prima somiglianti, per quella certa indifferenza, che il paziente mostrava per tutto ciò, che le era d'attorno. Si sa, che caratteristica precipua del morfinismo è la decadenza della volontà, e del senso morale, laddove nel nostro ammalato la storia clinica ci diceva, che egli aveva tentato di lavorare fino all'ultima sua possibilità fisica, per procacciare il pane ai suoi cari. Non le sue abitudini parlavano di tale possibilità, disconoscendo egli, anche come sostanza medicamentosa, l'azione della morfina e dell'oppio in genere, cui mai era ricorso. Da escludersi pure era a priori la intossicazione d'ordine medicamentoso.

E allora la nostra indagine non poteva volgersi, che verso le intossicazioni croniche di carattere professionale, industriale. Le sue qualità di lavoratore avrebbe potuto esporlo a simile pericolo, e noi sappiamo quanto ormai sono in aumento tali forme, per lo sviluppo incessante delle più varie industrie: del fosforo, del piombo, del mercurio, del solfuro di carbonio, dei composti arsenicali, per ricordare le principali.

La storia clinica ci assicurava che il nostro paziente non era mai stato a contatto con del fosforo, di cui del resto le manifestazioni tossiche croniche sono piuttosto rare, necrosi del mascellare, epatiti gravi e così via; nè col piombo o coi suoi derivati il cui impiego è tanto diffuso. Aveva, come si è visto, nella prima fase della malattia presentati disturbi gastro-enterici, ma mai le tipiche coliche saturnine, decorrenti, come si sa, con crisi dolorose parossistiche. Aveva avuto una dermatosi; ma non gli fu mai riscontrato orletto gengivale, tanto frequente in queste forme. Aveva avuto delle turbe nervose, diagnosticate per nevrastenia; ma nessuno di quei disturbi dei nervi periferici sensitivi, sensoriali, trofici e motori tanto comuni nei saturnini. Nè i disturbi cerebrali che egli aveva presentato erano da paragonarsi a quelli psichici dell'encefalopatia saturnina, nè al momento presentava segni di essa come coliche, emazie punteggiate, ecc. Per analoghe ragioni si poteva escludere l'intossicazione cronica da mercurio. Non era mai stato esposto ad esso, nè aveva presentato lesioni ad esso pertinenti, come stomatite, gengivite erosiva, denti affumicati, sintomi, che in genere non mancano mai, e che nella congerie delle manifestazioni digestive e dei sintomi nervosi, molto simili a quelli isterici, ci danno un preciso punto di repere diagnostico. Il paziente quindi era da escludersi fosse stato e fosse affetto da argirismo, così come non poteva per ragioni simili presentare una intossicazione da solfuro di carbonio.

Non rimaneva allora, che un'ultima ipotesi, forse la più giusta; potendo con essa spiegarci tutta la sindrome, presentata dal paziente. Tale era l'intossicazione cronica da arsenito di rame, cioè verde di Schweinfurt. Tuttavia prima

di poterlo affermare, bisognava pur fare tale disamina, al fine di osservare, che non vi fosse stata alcuna altra diagnosi capace di spiegarci pienamente tutto; dacchè l'ammetterlo, così direttamente, poteva essere rischioso, non essendo fin'oggi, per quanto mi sappia, nessun altro caso descritto di psicosi dovuto a tale sostanza. È vero che sono stati descritti da Hermann, Lepin, Hackett, Missiroli dei disturbi di carattere generale; come cefalea, nausea, vertigini, astenia, quale espressioni di intossicazione di arsenito di rame, in individui addetti alla sterilizzazione degli anofili nella lotta antimalarigena con il verde di Schweinfurt; ma sono state anche da altri autori, tra cui Barber, negate. Comunque, per quanto a me risulti, nessun autore ha finora descritto una nevrosi e psicosi di tanta entità, dovuta a tale prodotto, pur così diffuso nell'industria. Parecchi autori e tra essi Hayne, Di Mattei, Nisi hanno descritto delle dermatosi; eritema semplice, nodoso, pigmentazioni brunastre, vescicole, pustole ed infine ulcerazioni, con sede prevalente sulle dita, nei solchi interdigitali, sul collo, sulla nuca, sul gomito, sullo scroto, sulle inguine ed inoltre lievi congiuntiviti e modiche escoriazioni sulle narici e sugli angoli labiali; ma nessuno di essi ci ha descritto un quadro tossico generalizzato. Era perciò, come su accennavo, doveroso per noi essere molto cauti, prima di ammettere una simile interpretazione patogenetica. Se teniamo presente la storia clinica, noi possiamo osservare, che il secondo periodo di malattia s'iniziò dopo circa tre anni dal primo e precisamente dopo alcuni mesi, che il paziente fu assunto a fare il disinfettore antimalarigeno. Gli operai come è noto, a ciò addetti, sono impiegati nelle paludi o nelle acque stagnanti, ove trovansi le larve negli anofeli, alla manipolazione o allo spargimento della miscela del verde di Schweinfurt, impropriamente noto col nome di verde di Parigi, ma da esso chimicamente differente. Così noi possiamo osservare, che il paziente divenne, accudendo a tale lavoro, astenico, anoressico, cefalalgico e che col proseguire in esso, la sindrome, iniziatasi subdola, divenire più manifesta, fino a determinarsi un bel giorno una infiammazione cutanea molto pruriginosa, dal medico curante diagnosticata, come dermite eritematosa e pigmentaria specifica, dovuta cioè all'azione tossica locale dell'arsenito di rame. Abbiamo così la prima manifestazione tossica, che è una documentazione inequivocabile dell'azione perniciosa in lui del minerale. Nel contempo osserviamo, che egli incominciò a soffrire anche di irritazioni congiuntivali e di lieve catarro, oltre a divenire più tenacemente cefalalgico ed astenico profondamente.

È in questo periodo, che appaiono i segni precisi di turbe nervose: vertigini improvvise, senso di svenimento, che rapido si dilegua, e di turbe psichiche, per cui notiamo un profondo mutamento di carattere, essendo divenuto più taciturno, più triste, più melanconico, più depresso, più apatico. Fenomeni tutti, che a giudizio dei vari ricercatori, si possono bene ascrivere all'azione tossica del verde di Schweinfurt. Lo stesso può dirsi per l'improvviso svenimento, di cui egli era per esser vittima sulle sponde del lago, allorchè forse imprudentemente ebbe ad inalare della miscela, che egli spargeva con ogni probabilità contro vento. E così noi possiamo osservare in lui presenti già tutti i segni tossici dai vari autori riferiti all'azione di tale minerale, prima ancora della controversia con la società assicuratrice e della crisi psicotica acuta finale. Non v'è allora da farsi meraviglia, se in un soggetto così debilitato e forse menomato dall'alcool, l'esposizione continua e protratta all'assorbimento per bocca e per cute dell'arsenito di rame e il lavoro obbligato e il lungo cammino per giungere nel luogo di lavoro e la nutrizione insufficiente lo avesse precipitato nella crisi psicotica finale che conosciamo, in cui lo vediamo esausto, depresso, affrettarsi per raggiunger la casa, soffermarsi, cadere in ginocchio, salire a carponi le scale e cadere per terra incosciente.

Allorchè per tre giorni egli rimase fuor di sè, invaso da idee ossessive o a tipo melanconico, trascorrendo quasi tutto il giorno seduto, noi lo vediamo depresso, muto, triste, rifiutare a volte il cibo a favore dei suoi piccoli, che egli ritiene scarsamente nutriti per la sua incapacità al lavoro, senza però alcuna crisi convulsiva. E tale si mantenne il suo stato depressivo, accompagnato a volte con scarsi dolori muscolari fino al suo ingresso in Clinica.

Non v'è dubbio, che l'alcool avrà potuto in lui più facilmente costituire un terreno adatto allo svolgersi della psico-nevrosi, così come il trauma psichico, subito a causa della controversia con la società assicuratrice per il mancato indennizzo dei suoi presunti danni, allorchè egli, a seguito delle lesioni cutanee, pronunciò il certificato medico, per essere risarcito; ma la sindrome da lui presentata non è da attribuirsi nè all'alcool, nè al trauma psichico (come su si è visto); ma soltanto alla lenta e progressiva intossicazione dell'arsenito di rame. È vero, che nell'avvelenamento cronico di arsenico le psicosi sono piuttosto rare e consistono principalmente in crisi di insonnia, di confusione, di depressione, di inquietudine, al-

quanto dissimili da quelle presentate dal nostro paziente; ma non dobbiamo dimenticare che il verde di Schweinfurt non è costituito soltanto di arsenico, bensì di un sale doppio: aceto-arsenito di rame. Diversa quindi potrebbe essere l'azione tossica di esso sulle funzioni cerebrali. Ciò posto, noi possiamo spiegarci oltre il decadimento psichico, la sindrome psicotica finale e tutte le turbe somatiche in esso riscontrate: decadimento generale, ipotrofia muscolare, iperriflessie, turbe gastro-enteriche, faringite, lieve congiuntivite e miosite con tutti i caratteri ad essa più attinenti, dolori mealgici, mioedema, e atassia. Così tutto appare chiaro, ogni sintomo spiegato e ogni dato e referto clinico giustificato. E allorchè con una sola diagnosi possiamo inglobare tutti i sintomi, presentati dall'ammalato, e non v'è nulla che parli contro di essa, nè altra, che possa meglio sostituirla, come il nostro maestro c'insegna, ci dà diritto ad accettarla ed a ritenerla per giusta.

Il decorso del resto nel lungo periodo di degenza in Clinica, circa 2 mesi, pienamente convalidò tale asserto diagnostico.

Si ebbe un progressivo e lento miglioramento di tutte le turbe psichiche e somatiche; man mano che diveniva più tonico. Il carattere incominciò a mutarsi, a divenire meno scontroso, a famigliarizzare con i vicini di corsia, ad interessarsi della sua guarigione e a buttare quella maschera fatta di tristezza e di sospetto, che gli era divenuta familiare e ad essere a volte anche gaio. Finì col camminare bene e con essere psichicamente quasi normale. Durante la degenza non ebbe mai rialzi termici, del resto mai ne aveva presentati, neanche in passato e mai crisi nervose di alcun genere. Come cura gli fu prescritta: riposo a letto, vittazione adeguata e ricostituenti di calcio per via endovenosa nel primo mese e poi di glicerofosfati e cacodilato per via intramuscolare. Certo che più che tali cure, sì semplici, valsero al suo benessere, il disintossicarsi progressivo dell'organismo in ambiente salutare e lontano dalla causa tossica. Abbiamo avuto così agio di osservare come un soggetto, pur gravemente intossicato da verde di Schweinfurt, possa in un periodo più o meno protratto disintossicarsi e ristabilirsi, purchè sia posto in un ambiente adatto, lontano dal focolaio di intossicazione e se non del tutto completamente, con una *restitutio ad integrum*, con un *deficit* lievissimo psichico quale reliquato.

Questo caso, abbiamo creduto opportuno far noto, non tanto per le difficoltà di interpretazione che in un primo momento presentava, ma perchè sia noto tra i colleghi, onde nel determinismo delle psicosi si possa tener presente anche l'arsenito di rame nella patogenesi di esse. Il verde di Schweinfurt non è quindi, come dai più è ritenuto, capace solo di produrre lesioni nervose di piccola entità e più o meno intense lesioni cutanee; ma anche vere e proprie psico-nevrosi di non lieve entità.

RIASSUNTO.

Soggetto 42enne, che tre anni prima era stato già astenico ed enteropatico. Addetto alla disanofelizzazione idrica mediante il verde di Schweinfurt, presentò dermatori intensamente pruriginosa, sindrome nervosa a tipo astenico, sindrome psicotica a tipo depressivo, culminante in delirio ecc.: fenomeni morbosi riconducibili ad intossicazione arsenicale cronica. Eliminato questo fattore e attuando cure ricostituenti, si ottenne la *restitutio ad integrum*, salvo un lieve reliquato psichico.

BIBLIOGRAFIA.

BARBER a. HAYNE. U. S. Publ. Health Rep., 1921. Centralbl. f. Bakter., Or., marzo 1926.
HECKETT. Rivista di Malariolog., fasc. 1, 1926.
DI MATTEI. Ibid., fasc. 6, 1929.
NISI. Ibid., fasc. 6, 1931.
TANZI-LUGARO. *Malattie mentali.*
LEUBE. *Diagnostica clinica.*
OPPENHEIM. *Trattato malattie nervose.*
DEJÉRINE. *Trattato malattie nervose.*

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI DI S. GIMIGNANO.

Sopra il trattamento delle ferite del seno longitudinale superiore.

Dott. GIUSEPPE GUCCI,

Direttore sanitario, chirurgo primario.

Le ferite dei seni della dura madre non sono una rarità, specialmente nei riguardi dei seni cosidetti scoperti. Già prima della grande guerra, nella monografia di Luys che è del 1900 se ne contano 57 casi, riguardanti il seno longitudinale superiore ed il seno laterale.

Nel lavoro di Auvray, uscito nel 1913, il numero delle osservazioni sale a 163, mentre Bianchi in un recente lavoro ha raccolto nella letteratura antecedente alla conflagrazione mondiale oltre 80 osservazioni di lesioni dei seni durali, in maggioranza del seno longitudinale superiore, in fratturati cranici.

Il passato periodo bellico che mobilitò milioni di uomini, aumentò naturalmente queste osservazioni e nella pubblicazione di Santoro del 1918 vengono riferiti 10 casi personali di ferite del solo seno longitudinale superiore.

Tutto ciò valse allo studio ed alla migliore conoscenza di queste gravi lesioni. Lesioni alle quali il chirurgo si può trovare di fronte sia nel caso di una trapanazione sia nel caso di un traumatismo cranico.

Noi prenderemo in considerazione quest'ultimo caso poichè è l'evenienza più frequente e ci riferiremo alle lesioni del seno longitudinale superiore, essendo questo il seno più vulnerabile perchè più scoperto.

Del resto è appunto di questo seno la lesione che capitò alla nostra osservazione.

Ecco il caso clinico:

Il giorno 10 ottobre 1930 ci viene portato d'urgenza al nostro ospedale il bambino F. Francesco di anni 3, da S. Gimignano. Ci si presenta grondante di sangue dal capo mentre la mamma ci racconta che mentre il piccolo si trovava per la strada era stato urtato da un ciclista. Per l'urto il piccolo era caduto a terra battendo la testa sopra un mucchio di sassi.

Lo vediamo perciò pochi minuti dopo il fatto e troviamo una larga ferita contusa del cuoio capelluto sopra la regione parietale destra, a margini largamente irregolari, grossa come una moneta da 10 centesimi di vecchio conio. Ci è facile accorgersi che la ferita non si limita alle sole parti molli, poichè esiste una vasta soluzione di continuo della scatola cranica dalla quale fuoriesce sostanza cerebrale che rimane impigliata fra i capelli.

Si porta il ferito in sala operatoria e previa completa rasatura del cuoio capelluto, si passa all'ispezione ed alla toilette della breccia cranica. Si mette allora in evidenza una frattura completa comminuta dei tavolati cranici con una apertura della grandezza di un soldo di vecchio conio, a margini irregolari ed occupata da numerose scheggie, alcune delle quali si approfondiscono nella sostanza cerebrale. La frattura interessa il parietale destro a metà circa della sutura sagittale, ad un centimetro dalla linea mediana.

Si procede ora alla rimozione delle scheggie. Con una pinza ossivora di Luer si ingrandisce e regolarizza la breccia ossea per poter dominare meglio il focolaio, e si asportano varie scheggie che sono approfondite nella sostanza cerebrale. Alla rimozione di una grossa scheggia (vedi figura) a direzione mediale e completamente libera, si ha un voluminoso fiotto di sangue scuro, che inonda il campo operatorio e che distinguiamo venire dal seno longitudinale. Si precede subito ad un tamponamento digitale provvisorio che ci dà la fortuna di ottenere un'emostasi temporanea. In questo frattempo si svolge un rocchetto di catgut N. 6 che, dopo averlo tenuto per alcun tempo in acqua molto calda, si aggomitola e si adatta in fretta sotto al dito il quale continua così a far pressione sul seno mediante l'interposizione del pacchettino di catgut.

In questa breve manovra viene ancora un po' di sangue ma dopo tutto cessa. Insistiamo ancora per qualche minuto con la pressione digitale ma dopo, e con molta cautela, diminuiamo la pressione fino a farla mancare completamente.

Vediamo così che il sangue non si ripresenta ed allora sostituiamo al dito, un pacchetto di garza. Medicatura con fasciatura leggermente occlusiva.

Il piccolo paziente ebbe un decorso regolare, non molestato nè da fenomeni cerebrali, nè da temperature.

Solo in 19ª giornata si ebbe un rialzo termico, senza nessun fenomeno meningitico, dovuto ad una semplice raccolta sottocutanea che sbrigliata portò a guarigione l'infortunato.

Il caso si presenta interessante sotto due aspetti. In primo luogo perchè si tratta di un

piccolo bambino di tre anni, età nella quale queste lesioni sono ritenute molto rare, secondariamente per il mezzo che adoperammo per ottenere l'emostasi.

* * *

Si è detto che le lesioni traumatiche del seno longitudinale superiore non sono poi tanto rare quali complicazioni delle fratture del cranio.

Le osservazioni riferite però parlano solo di fratture dell'adulto, mentre vengono ritenute del tutto eccezionali nel bambino, poichè in questi, oltre alla piccolezza del canale venoso, le ossa del cranio sono flessibili e poco adatte a scheggiarsi. Per queste ragioni appunto le ferite del seno longitudinale superiore nei bambini appartengono alle rarità mentre invece si possono avere nei neonati sia in caso di viziature pelviche, sia in seguito al parto per effetto dell'accavallamento dei parietali che, se eccessivo, possono produrre degli stiramenti del seno con successive lacerazioni.

Ma non solo in caso di fratture si possono avere le lesioni dei seni, ma bensì anche quando il trauma agisca dall'alto al basso sì da comprimere il cranio ed aumentarne il suo diametro trasversale. In questo caso il seno, essendo aderente alla faccia interna del cranio ed avendo, come è risaputo, pareti rigide, non può seguire l'aumentato diametro trasversale e quindi si stira e si rompe.

Ecco dunque che la rottura di un seno può prodursi anche in modo indiretto e senza lesioni della teca ossea. In genere la parete che più facilmente va soggetta ad essere ferita è la parete superiore, mentre le ferite delle pareti laterali sono più rare e si accompagnano a lesioni che interessano la massa nervosa. Il seno può essere ferito in tutta la sua lunghezza, ma a seconda che la ferita si fa più posteriore, aumenta la gravità poichè il seno longitudinale superiore, si fa sempre più ricco di affluenti e più grande con l'avvicinarsi al suo sbocco nel torculare di Erofilo.

Le *complicazioni* per cui le ferite dei seni durali sono ritenute gravi si debbono sopratutto all'emorragia, che è sempre imponente e rapidamente mortale, se non intervengono urgenti presidi terapeutici.

In verità, in chirurgia cerebrale, l'emorragia venosa ha sempre rappresentato lo scoglio principale per il chirurgo, poichè oltre ad aumentare la difficoltà della tecnica, molte volte obbliga a sospendere l'atto operativo per le condizioni di anemia del paziente.

Per questo numerosi sono e sono stati gli accorgimenti escogitati per diminuire e frenare l'emorragia.

Così anche non molto tempo fa lo Wischenewski, ripetendo gli esperimenti dello Speranski, osservò che l'emorragia della diploe cessava dopo la sottrazione di pochi cc. di liquido cefalo-rachidiano e ricorda appunto un caso nel quale, essendo stato leso il seno occipitale, non si ebbe che una emorragia di poca importanza.

Del tutto recentemente poi Valdoni, della Clinica Chirurgica di Roma, sulla scorta di esperimenti sopra i cani e di casi clinici operati dal Prof. Alessandri, ha studiato l'influenza della inalazione di anidride carbonica, sulla pressione venosa e sulla emorragia venosa negli interventi cranio-cerebrali ed ha notato un « effetto evidentissimo sull'emorragia venosa » nel senso di una evidente diminuzione.

Nel caso di lesioni dei seni e specialmente del seno longitudinale superiore, l'emorragia è fra le più imponenti che si possa avere.

A spiegare ciò ci soccorre anche quì l'anatomia la quale ci insegna che le pareti sinusali sono istologicamente caratterizzate dall'assenza assoluta di fibre muscolari liscie e dalla scarsezza dell'elemento elastico. Se a questi fattori ricordiamo l'aderenza intima dell'osso, specialmente nella parte posteriore, ed il volume stesso del vaso che, reciso, rimane beante, noi ben ci spiegheremo la gravità di tali emorragie ed i numerosi mezzi escogitati per dominarle.

Una volta leso il seno, si possono osservare più evenienze:

1) nonostante la lacerazione, il sangue non esce dal vaso; può restare nel vaso stesso senza dare quindi emorragia;

2) il sangue si può versare all'esterno e dare una emorragia rapidamente mortale;

3) il sangue si può infiltrare sia sopra, sia sotto la dura madre;

4) il sangue si può infiltrare nelle parti molli del cranio.

Nel primo caso siamo in una condizione che possiamo chiamare fortunata e dovuta quasi sempre ad una scheggia che fa da tampone. Qualche rara volta questa mancanza di emorragia è dovuta al fatto che l'aderenza del seno alla parete ossea è così forte che il sangue non riesce a scollare la dura madre sicchè è il sangue stesso che fa da tampone.

Nel secondo caso abbiamo rapidamente la morte per dissanguamento ed il ferito non fa in tempo ad essere soccorso.

Nel terzo caso ci troviamo di fronte all'emorragia sopra e sotto durale. Nei versamenti sotto durali, che si hanno specialmente nelle lesioni delle pareti laterali, il sangue trova una facile via di uscita e guadagna ben presto la base cranica. Nel versamento extradurale invece, l'ematoma può avere più o meno estese proporzioni, a seconda dello scollamento della dura madre. Così alle volte può interessare anche l'altro emisfero, formando il cosidetto ematoma a dorso di asino.

Nel quarto caso il sangue scollando i piani aponeurotici viene a formare un ematoma sottocutaneo che resta in comunicazione col seno e che Lannelongue chiamò aneurisma venoso traumatico.

Da tutte queste varietà di emorragia il chirurgo si imbatte più facilmente nel primo caso poichè è appunto durante la toilette della ferita e la rimozione delle scheggie che questi si trova d'improvviso di fronte all'emorragia.

Parlando delle complicazioni delle ferite dei seni non dobbiamo tralasciare un'altra grave complicazione più rara sì ma immediata quando si presenta, e cioè l'entrata dell'aria nel seno stesso e la conseguente morte improvvisa per embolia gassosa.

Dallo scorrere la letteratura non sembra che sia un fatto molto frequente ma pure sono registrati casi di morte sul tavolo operatorio. In occasione di un caso capitato al Volkmann, un suo assistente, il Genzemer, intraprese una serie di esperimenti sopra i cani per studiare le condizioni che possono favorire l'entrata dell'aria nel seno. Egli dopo aver messo allo scoperto il seno longitudinale superiore lo feriva e ne lasciava sanguinare la ferita fino alla morte dell'animale. Constatò che la penetrazione dell'aria avveniva generalmente dopo che l'emorragia era diminuita. Osservò anche che nelle profonde inspirazioni si aveva penetrazione di aria e concluse perciò che l'inspirazione d'aria in seguito a ferite dei seni si va verificando quando per la grave emorragia o per movimenti profondi inspiratori la pressione nell'interno del seno diventi negativa.

A proposito di pressione del sangue nei seni della dura madre è interessante ricordare gli studi accurati del Ferrari. Questi, considerando nel seno ferito i due tratti, il centrale cioè ed il periferico, venne alla conclusione che nel tratto centrale, in condizioni normali, si può verificare una pressione negativa mentre i cambiamenti di posizione dell'animale possono modificare tale pressione. Così sollevando il capo dell'animale la pressione negativa discende mentre sale sopra zero se si abbassa il capo sotto il livello del corpo.

Emorragia dunque ed *embolia gassosa* sono le due complicazioni alle quali il chirurgo si trova a dover provvedere d'urgenza nel caso di ferite del seno longitudinale superiore: frequente e quasi costante quella, rara questa, ma ambedue mortali.

Per esse la mortalità di tali ferite, astrazione fatta dalle frequenti complicazioni endocraniche alle quali si accompagnano, è molto alta.

Nella statistica di Warthon (1901) che si basa sopra 70 casi, dei quali 40 del seno longitudinale superiore, 26 del seno laterale, 3 del seno cavernoso, 1 del seno retto, si ha una percentuale del 64% dei morti, della quale il 60% interessa il seno longitudinale superiore.

Nella statistica dell'Auvray sopra 163 casi si è avuto il 41% di morti. In questi sono suddivisi gli operati ed i non operati: questi ultimi sono 51 con una mortalità dell'82%, mentre gli operati raggiungono solo il 21% di morti. Nel lavoro di Santoro dove sono studiati 10 casi di ferite del solo seno longitudinale superiore e tutti operati, nessuno dei feriti morì per dissanguamento.

Non è quindi chi non veda l'importanza che si ha per il chirurgo di armarsi di tutti i mezzi possibili per impedire una morte per emorragia e a tale proposito vediamo perciò quali sono i metodi che il chirurgo può seguire per dominare l'emorragia.

Dobbiamo innanzi tutto ripetere che l'evenienza più frequente nella quale si trova il chirurgo è appunto l'emorragia da rimozione di scheggie, evenienza che per fortuna è anche quella più giustiziabile di cura, come precedentemente abbiamo visto.

I mezzi principali che si sono adoperati per arrestare l'emorragia dei seni della dura madre ed in modo speciale, quella del seno longitudinale superiore sono vari e cioè: la *compressione digitale, la forcipressura, l'allacciatura, la sutura ed il tamponamento.*

La *compressione digitale* è evidente che non può essere che un mezzo di emostasi provvisoria che lì per lì può risolvere situazioni difficili, sia per la sua pronta e facile attuazione, sia perchè può dar tempo per far fare la toilette della ferita e mettere così in luce il campo operatorio inondato di sangue, sia per provvedere al miglior mezzo per un'emostasi definitiva. Essa può essere fatta sia applicando un dito direttamente sopra la sorgente dell'emor-

ragia, sia, quando è possibile, prendendo fra il pollice e l'indice della mano, il vaso sanguinante.

Nella compressione è da notarsi che non è necessaria una forte pressione poichè la pressione dei seni durali è piccola e costante mentre la velocità di corrente è bassa. Questi fatti, dovuti alle particolari condizioni anatomiche dei seni, sono molto importanti poichè ci spiegano il perchè non siano necessarie forti compressioni.

La *forcipressura* mediante pinze emostatiche a permanenza può dare dei preziosi servizi per la sua rapidità. E' necessario però che la parete del seno si lasci prendere e comprimere, ciò che invece è molto difficile perchè le pareti sono molto rigide. Per questo solo raramente è stata adoperata. Anche una volta riusciti a prendere il vaso, rimane però il grave pericolo che consiste nel lasciare dei corpi estranei a contatto di un tessuto molto delicato, e che per varie ragioni, non ultima quella dell'eccitazione post-operatoria, possono produrre serie complicazioni quali un rinnovo di emorragia per spostamento, allontanamento o strappo della pinza, oppure anche l'affondamento nella sostanza cerebrale. In alcuni casi poi, alla rimozione delle pinze tenute per qualche giorno, si è riprodotta l'emorragia.

L'*allacciatura* che per essere il metodo corrente di emostasi chirurgica, dovrebbe essere perciò un metodo molto usato, non può esserlo perchè la maggior parte delle volte è impossibile.

L'allacciatura può essere laterale e circolare. Nel caso dell'allacciatura laterale si tratta come sempre, di far passare un laccio al di là della punta della pinza, e si può considerare quindi un completamento della forcipressura. Questa manovra però offre delle grandi difficoltà, poichè per la rigidità delle pareti, queste non si prestano ad essere comprese nel laccio, mentre nei movimenti sia pur semplici ma necessari per passare il laccio la pinza può strappare le pareti con una conseguente maggiore emorragia.

Nell'allacciatura circolare è necessario che i lacci siano due, uno a monte ed uno a valle del punto leso, poichè i due monconi sanguinano tutti e due, dati i numerosi affluenti.

Per far questo e cioè per far passare i lacci circolarmente è necessario che ci sia un campo ben chiaro, mentre è anche necessario un certo tempo, tempo che può essere prezioso. E' questa una condizione molto rara a verificarsi poichè ci troviamo quasi sempre in un campo ristretto ed inondato di sangue. Pur tuttavia questo mezzo di emostasi è stato usato da vari autori fra i quali il Saviozzi con un accorgimento particolare di tecnica, ma non è chi non veda che non può essere un rimedio di estrema urgenza.

Infatti, come ben dice Bianchi, la duplice allacciatura del seno può considerarsi un intervento relativamente facile e di uso corrente per es. nella estirpazione di tumori della volta che abbiano invaso la dura ed obblighino a fare una più o meno estesa resezione di questa al livello del seno stesso. Ma le cose, continua il Bianchi, sono molto diverse e più gravi allorchè ci si accinge non già ad isolare e legare un seno longitudinale sano ed integro, messo allo scoperto dopo una sistematica cranio-resezione, ma un seno ferito o lacerato a tutto spessore, dove il sangue inonda tutta la breccia ed è di estrema urgenza giungere allo scopo in mezzo a tessuti lacerati e non sempre riconoscibili.

Anche la *sutura* che rientrerebbe nel mezzo ideale, solo raramente si presta ad essere eseguita. Una volta riuscita essa non solo provvederebbe all'emostasi ma bensì anche alla ricanalizzazione del seno.

Per far ciò però è necessario che il seno sia ampiamente scoperto e preparato e che ci sia una superficie relativamente vasta di dura madre scollata. È inoltre necessario che la ferita del seno sia lineare senza nessuna perdita di sostanza poichè altrimenti è impossibile che la sutura riesca dato che la parete del seno è tesa ed inestensibile.

Tuttavia essa è stata praticata, e con successo, in vari casi ma è certo che nelle ferite lacere, quali generalmente si hanno, non è neppure da tentarsi.

Da Kevenstorf è stata adoperata una sutura detta *parasinusale* e che consiste nel perforare con l'ago non la parete del seno, ma la dura madre vicina. Per far ciò però occorre sempre un certo periodo di tempo ed una certa chiarezza sul campo operatorio e bisogna quindi vedere se le condizioni del paziente permettono di poter mettersi di fronte a queste condizioni.

Per ultimo abbiamo il *tamponamento*. Il tamponamento, pratica di antica data, è stato usato sia dal lato interno, sia dal lato esterno.

Il tamponamento interno è stato usato zaffando stipatamente sia con garza, sia con catgut, la cavità del seno.

Preconizzato dal Lister, fu adoperato con successo dal Lucas-Championniere e dal Leyars

che introdusse nel seno fino a sette metri di catgut.

In complesso però è un metodo usato molto raramente e non abbiamo nessuna descrizione di casi recenti, mentre è al tamponamento esterno che dalla grande maggioranza dei chirurghi viene data la preferenza, come quello che risulta molto più pratico.

Per il tamponamento esterno sono stati adoprati vari accorgimenti di tecnica e sono stati usati vari metodi, sia zaffando con garza o con catgut, sia mediante l'applicazione di pezzi di muscolo e di aponevrosi.

Così Kennedy pensò di utilizzare un piccolo lembo aponeurotico preso dai tessuti vicini, e messo a contatto della ferita mediante la compressione digitale ed ottenne l'emostasi in trenta secondi (metodo a francobollo).

V. Horsley consigliò di applicare sulle ferite sanguinanti dei pezzetti di muscolo. Da allora l'impiego del muscolo come emostatico ritornò in onore e numerosi altri chirurghi che si sono occupati di chirurgia cerebrale in modo speciale, quali Kocher, Cushing, Alessandri, De Martel, Bastianelli R. ecc. fecero uso di questo metodo.

Da Mintz fu adoperato proprio nel caso di una emorragia di un seno cerebrale.

In genere questi chirurghi si valsero di un innesto autoplastico e fu De Martel che introdusse in chirurgia cerebrale il trapianto muscolare eteroplastico a scopo emostatico adoperando prima muscolo di coniglio e dopo muscolo di piccione.

In uno studio accurato e del tutto recente, Pacetto ha dimostrato che l'azione emostatica del muscolo si deve sopratutto ad un'azione biologica e che i trapianti liberi eteroplastici di tessuto muscolare sia di coniglio che di piccione sono più attivi di quelli autoplastici, senza trovare differenza nella specie dei due animali. A prova di ciò oltre i propri lavori sperimentali, nei quali per due volte ha adoperato pezzetti di muscolo in emorragie del seno longitudinale superiore, riporta quelli clinici del prof. Alessandri.

Per evitare poi alcuni inconvenienti che questi trapianti eteroplastici possono dare, quali la necessità di dover portare l'animale in sala operatoria ed il pericolo di trasportare col trapianto eventuali infezioni dell'animale, ha studiato la preparazione di estratti muscolari fatti con tecnica personale, con i quali ha ottenuto un'azione emostatica intensa, uguale e forse superiore a quella col trapianto stesso.

Non è chi non veda l'importanza di questi risultati che mettono nelle mani del chirurgo dei mezzi sopra i quali può fare sicuro assegnamento.

Anche per questi però occorre essere bene organizzati poichè in caso di urgenza sia tutto pronto, nè quindi possono essere elevati ancora a metodo di uso corrente.

Per questo è al tamponamento esterno con garza che i chirurghi hanno dato la preferenza come quello più semplice, più comodo e più pratico.

Per ben comprendere l'azione di questo tamponamento conviene ancora ricordare che la pressione del seno longitudinale superiore non è alta. Ciò si deve alla speciale rigidezza della parete del vaso. Questa rigidezza che è una delle principali difficoltà per ottenere con mezzi chirurgici l'emostasi, è invece provvidenziale per la circolazione encefalica di ritorno. Infatti per essa, alla massa encefalica viene assicurata una circolazione venosa costante sì da non risentire gran che dei mutamenti continui di volume indotti dalle diastole, dall'influenza del respiro, dallo stato vasomotorio e dal peso della colonna sanguigna nelle varie posizioni del capo. Per questi fatti il sangue raccolto nei seni non subisce variazioni di pressione, mentre si sa d'altra parte che la corrente del seno è ritardata poichè alcune tributarie vi sboccano contro corrente e queste opposte correnti fanno sì che si produca un ritardo al corso del sangue.

Da queste brevi considerazioni anatomo-fisiologiche si comprende come nei seni non ci possa essere una pressione molto forte. Ciò è di grande importanza specialmente per il seno longitudinale superiore, poichè se il vaso avesse una pressione molto forte, occorrerebbe anche un tamponamento compressivo molto forte ed allora si verrebbe ad esercitare una compressione sulla massa cerebrale non essendo il seno longitudinale a ridosso di un piano osseo. In questo caso il tamponamento sarebbe un rimedio da non potersi adoprare.

Visto così che la pressione del seno longitudinale superiore è piccola ne viene di conseguenza che nel caso di emorragia non è necessario un tamponamento compressivo.

Il tamponamento ha per scopo in genere di confrontare i labbri della ferita e di fare in modo al sangue, che non viene sotto forte pressione, di sostare e di coagulare fra le maglie della garza.

Come si è detto in genere il tamponamento esterno è stato fatto quasi sempre con striscie di garza. Con questo però si viene a realizzare un tamponamento che non può essere definitivo e che obbliga a lasciare aperta la ferita

mentre resta poi l'eventualità purtroppo frequente di una nuova emorragia alla rimozione della garza stessa.

Adoprando del catgut, invece noi realizziamo un tamponamento definitivo perchè il catgut si riassorbe.

Questa sostanza, sebbene già usata dal Lucas-Championnière e da Leyars, solo recentemente è ritornata ad essere ripresa per opera del Ferrarini.

Questi in una comunicazione alla Società di Cultura Medica della Spezia e Lunigiana (25 agosto 1932) faceva conoscere un suo metodo di tamponamento al catgut, nel caso di ferita del seno longitudinale superiore prodotto da frattura cranica e basato sopra accorgimenti di tecnica del tutto personali.

Ed è appunto a questo metodo che noi ci siamo attenuti, salvo qualche variante. Egli dopo aver riferito che basta una compressione minima dice che « il tamponamento in genere deve avere quattro requisiti. 1° che sia a tenuta perfetta; 2° che possa essere applicato con grandissima rapidità; 3° che si presti ad essere tenuto facilmente; 4° che non debba essere più rimosso ».

Il Ferrarini trovò questi quattro requisiti « nell'approntare *preventivamente* un cuscinetto elastico e sufficientemente malleabile di sostanza riassorbibile, da poterlo al momento opportuno applicare direttamente sopra la sorgente emorragica e modellare in guisa che esso colmi e riempia la lacuna della breccia craniotomica ». Per raggiungere ciò adopra del catgut grosso N. 5-6 che svolge e pone in acqua calda affinchè si rigonfi e rammollisca sì da prendere un aspetto gelatinoso. Fatto ciò aggomitola il filo e lo modella secondo la forma della ferita. Tutto questo prepara preventivamente in modo da avere il tutto pronto durante l'atto operativo.

Oltre a ciò il Ferrarini dà molta importanza alla preparazione di un lembo di cuoio capelluto che al momento opportuno possa essere ribattuto sopra a guisa di opercolo.

Nel nostro caso, data l'estensione della ferita non abbiamo potuto preparare un lembo a questo scopo ma dopo ottenuta l'emostasi solo per precauzione abbiamo messo sopra un pacchettino di garza che abbiamo assicurato con una fasciatura compressiva e che abbiamo asportato alla prima medicatura.

Non è chi non veda l'importanza di questa sostituzione del catgut alla garza, per il quale il metodo del catgut può giustamente chiamarsi « definitivo » non offrendo « quei pericoli di ripresa dell'emorragia e di preoccupazione per una possibile infezione da trasporto, quali ha il tamponamento fatto con garza ed in genere con qualunque materiale non riassorbibile e che necessariamente deve essere rimosso ».

Al tamponamento, come del resto agli altri mezzi elencati che non siano le suture, fa seguito la trombosi del seno. Questa però non produce disturbi almeno che non insorgano fatti infettivi. Ciò è stato dimostrato recentemente dal Bianchi e fin dal 1888 da Ferrari. Questo ultimo autore osservò che l'obliterazione di un seno della dura madre cerebrale non costituisce nessun ostacolo alla circolazione dei territori cerebrali dipendenti e non origina in esse nessuna profonda alterazione anatomica.

Il Ferrari vide che per ottenere la morte dell'animale (cane) era necessario legare *contemporaneamente* più seni, poichè se questi venivano legati ad intervalli l'animale poteva sopportare la chiusura di tutti i seni.

La trombosi quindi che viene in un seno durale in seguito al tamponamento, non è di nessun pericolo e non può essere una ragione per non adoprare il tamponamento.

Questo, quindi, e in modo speciale il tamponamento al catgut, per la sua praticità resta il mezzo di uso corrente di fronte alle gravi emorragie dei seni cerebrali. Potrà fallire solo in casi di lacerazioni molto estese del seno: sono questi però i casi che si accompagnano anche a traumi molto gravi che di per sè mettono subito il ferito nell'impossibilità di non poter giovarsi dei presidi terapeutici.

Nel considerare poi l'effetto emostatico che si ottiene col tamponamento esterno al catgut, non dobbiamo vedere solo un mezzo meccanico, ma bensì probabilmente anche un mezzo biologico nel senso che il sangue tra le maglie dei fili di catgut trovi un ambiente molto favorevole alla coagulazione.

Noi in esperienze fatte sopra i cani, abbiamo osservato costantemente che, una volta messo allo scoperto il seno longitudinale e ferito, l'emorragia si è subito dominata dal gomitolo modellato di catgut messo sopra *solo leggermente*, mentre ciò non si otteneva con le striscie di garza, con la quale occorreva un po' di compressione, molta stoffa e più tempo.

* * *

Nell'elencare poi i vari mezzi che noi abbiamo a disposizione per frenare l'emorragia dei seni, non dobbiamo tralasciare un altro accorgimento che non abbiamo visto riferito e che in qualche caso potrà essere utile, vogliamo dire la *non rimozione delle scheggie.*

È un rimedio questo che potremmo chiamare profilattico ma del quale non vediamo le ragioni per cui in certe circostanze non possa venire attenuato.

Abbiamo visto che uno dei pericoli maggiori nelle ferite dei seni è appunto la comparsa improvvisa dell'emorragia mentre viene rimossa una scheggia che fa da tampone.

Ci sembra perciò non fuor di luogo che quando ci si trovi in presenza di fratture craniche che siano situate in vicinanza della linea mediana oppure nel tratto che dall'inion va alla mastoide, non si debba dimenticare che un seno potrà essere stato leso e che una scheggia potrà far da tampone ad una grave emorragia. In questi casi si dovrà ponderare accuratamente se nel trattamento della breccia, si dovranno asportare tutte le scheggie.

Naturalmente ciò non potrà essere levato a metodo poichè sappiamo che oltre ai fatti di compressione, i frammenti completamente distaccati vanno incontro a necrosi e debbono perciò essere estratti ed allontanati per impedire fatti suppurativi. Tuttavia quando ci si trovi di fronte a fratture craniche di zone pericolose per l'eventuale lacerazione di un seno, una semplice asportazione di scheggia crediamo debba essere seriamente valutata.

*
* *

Alla fine ora di questo lavoro e dando uno sguardo al valore che ciascun metodo descritto può avere, non ci sarà difficile riconoscere al tamponamento esterno, una notevole superiorità sopra tutti gli altri metodi, i quali, pure, a seconda delle circostanze, si possono dimostrare preziosi.

Certamente non si può non riconoscere che il tamponamento non è il metodo più chirurgico poichè l'allacciatura, o meglio la sutura sono e sarebbero i mezzi ideali di emostasi.

Ma abbiamo visto però che questi possono essere attuati solo in certe, determinate circostanze, mentre il tamponamento è quello che si rende sempre più pratico, perchè più semplice e più sicuro, e che ha avuto il favore dei maggiori chirurgi che si sono interessati di questo argomento, quali il Luys, l'Auvray, il Ricard.

Se al tamponamento con garza, noi poi sostituiremo il catgut avremo un tamponamento sicuro e definitivo, e scevro cioè dei pericoli di infezione e del probabile ripetersi dell'emorragia, pericoli che vengono appunto riferiti al tamponamento con garza.

RIASSUNTO.

Si parla delle complicazioni e della cura delle ferite del seno long. sup. Passati in rassegna i vari metodi di emostasi, l'autore si intrattiene sul tamponamento esterno al catgut, che reputa il migliore.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. *Ferite d'arma da fuoco del cranio e del cervello.* Archivio ed Atti del XXV Congresso, Soc. Italiana di Chirugia, 1917.

ID. L'argomento del giorno. Clinica Chirurgica, 1916, pag. 331.

AUVRAY. *Traitement des plaies des sinus veineux du crane.* Arch. general de Chir., 7° ann., n. 3, 25 marzo 1913.

BARBA-MORRIHY. *La fisio-patologia e la chirurgia dei seni della dura madre.* Stab. Tip. Carlo Nava, Siena, 1917.

BASTIANELLI R. *Comunicazione al XXII Congresso della Società Italiana di Chirurgia,* 1917.

BEEHMANN. *Ferite al capo nei bambini.* Annals of Surgery, 1928, pag. 355.

BIANCHI. *Sulle ferite del seno longitudinale maggiore nei fratturati cranici con particolare riguardo al loro trattamento.* La Clin. Chirurgica, fasc. 1, gennaio 1931.

BOUTAND. *Des ruptures traumatiques des sinus cranius.* Thèse de Paris, 1907.

CHAVENNE. *Types of hemostasie in hemorhage of superior longitudinal sinus. Use of tamponade.* Oto-rhino-laring. internat., may 1932, 231-28T2.

DECHAUME. *Les lesions des sinus veineux dans les traumatique du crâne.* Thèse de Lyon, 1898.

DE ROUGEMONT. *Median longitudinal fracture of cranial vauch and repture of superior longitudinal sinus with extradural hematoma.* Lyon Chirurg., gennaio-febbraio 1932, 125, 126.

DICHERSON. *Craniocerebral trauma implicating superior longitudinal sinus 4 cases.* Nortwest Med. Oct., 1931, pag. 449-453.

EGIDI. *Relazione al 37° Congresso della Soc. Ital. di Chirurgia.* Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, 37ª adunanza, ottobre 1932, p. 52.

FERRARINI. *Sul trattamento delle ferite del seno longitudinale maggiore nei fratturati cranici.* Policlinico, Sez. Pratica, n. 3, 1930.

FERRARI. *Obliterazione sperimentale dei seni della dura madre.* Arch. per le Scienze Mediche, vol. XII, n. 19.

ID. *Sui pericoli immediati delle ferite dei seni della dura madre.* Archivio per le Scienze Mediche, vol. XII, n. 20.

GIACOBBE. *Trattamento dei traumi cranio-cerebrali.* Relazione al XXXVII Congresso, Società Italiana di Chir., Roma, 1930.

LUNGO. *Lesioni traumatiche dei seni della dura madre.* Minerva Medica, 1926.

LUYS. *Des blessures des sinus de la dure mére.* Paris, Steinteil Edit., 1900.

MARTINI. *Sulle cure delle suppurazioni prodotte dal catgut.* Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chirurg., anno XV, 14ª adunanza, 1900, pag. 497.

PACETTO. *Il trapianto muscolare libero adoperato per colmare perdite di sostanza cerebrale. Evoluzione ed esiti.* Policlinico, Sez. Chirurgica, anno XXXVIII, 1931.

RICARD. *Des ruptures traumatiques du sinu laterale.* Lyon Chirurg., n. 4, 1929, pag. 476.
SANTORO. *Sulle ferite del seno longitudinale maggiore.* Boll. delle Scienze Mediche, Bologna, 1918, fasc. III.
SAVIOZZI. *Sulle ferite del seno longitudinale superiore.* Rivista Ospedaliera, 1917, pag. 301.
SOLI. *Considerazioni cliniche ed anatomo-patologiche su 110 traumatizzati cranio-cerebrali con speciale riguardo ad alcuni casi rari.* La Clin. Chirurgica, fasc. VI, giugno 1932.
S. RUPIEWSKI. *La prima sutura del seno longitudinale superiore.* Rip. in « Hildenbrands Jahresb. », 1906, s. 409.
VALDONI. *L'impiego dell'ipopressione e delle inalazioni di anidride carbonica nell'emostasi indiretta in chirurgia cranio-cerebrale.* La Clinica Chirurgica, fasc. 4, 1933, pag. 373.
WARTON. Annals of Surgery, 1901, vol. XXXIV.
WISCHNEWSKI. Arch. für Klin. Chir., 1927, Bd. 146, s. 544.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI.

Localizzazione elettiva ed infezione sperimentale da Bacterium coli.

(E. PUGNANI. *Gior. di Batter. e Immun.*, ottobre 1933).

L'A. ha voluto portare un contributo al discusso problema della localizzazione elettiva che, enunciato da Rosenow e confermato dalla sua scuola con numerosi lavori, è ancora oggetto di studio e di controversie.

A tale scopo ha coltivato un ceppo di Bacterium coli in tre modi: *A*) su agar comune; *B*) su fegato in vitro; *C*) su fegato in vivo.

Dopo una lunga serie di passaggi ha inoculato in tre lotti di cavie — mediante iniezione intracardiaca — i tre diversi stipiti così ottenuti allo scopo di verificare se il germe mantenuto per tanto tempo a contatto con il fegato avesse acquistato per l'organo stesso una particolare elettività di localizzazione.

Parallelamente ha studiato il comportamento delle difese immunitarie di tutto l'organismo e particolarmente del viscere di fronte a ciascuno dei tre stipiti batterici.

Ha osservato che il Bacterium coli in esame, trapiantato successivamente su fegato sia in vitro che in vivo, ha acquistato un potere di localizzazione elettiva verso il viscere stesso, localizzazione che è apparsa più evidente intorno alla sesta ora dall'inoculazione. Tale tropismo elettivo però si è dimostrato assai labile perchè il germe, allontanato dal fegato e coltivato per qualche tempo su Agar comune, ha perso completamente tale sua affinità elettiva.

L'organismo, dopo un primo momento di anergia, ha reagito all'infezione mobilitando i poteri di difesa ematica. Contemporaneamente anche gli organi degli animali infettati con il ceppo C e particolarmente il fegato hanno cominciato ad assumere un lievissimo potere battericida.

Al diverso comportamento della distribuzione nel fegato dei tre diversi stipiti batterici ha corrisposto un differente grado di reazione del sistema reticolo-endoteliale. Infatti mentre negli animali trattati con i ceppo controllo A la reazione del fegato allo stimolo è stata di lieve entità, tale reazione è apparsa notevolissima nelle cavie infettate con il ceppo B ed ha raggiunto il suo massimo in quelle inoculate con il ceppo C parallelamente al primitivo enorme accumulo di germi ed alla loro successiva rapida distruzione.

Dal complesso degli esperimenti si può quindi ammettere che un germe, coltivato in serie su di un determinato organo sia in vitro che in vivo, possa acquistare un particolare trofismo per l'organo stesso tale da consentirgli, nella infezione sperimentale, di accumularsi in grandi quantità nell'organo in esame nelle prime ore dall'inoculazione. Tale affinità persiste per tutta la durata della sua convivenza sul viscere ma rapidamente si attenua e scompare quando il germe stesso venga riportato nelle primitive condizioni ambientali.

Poco dopo l'accumulo dei germi compare nell'organo assalito un aumento dell'attività biologica verso i microrganismi invasori che si rivela con una rapida diminuzione dei batteri stessi consecutiva ad un aumento del P. B. dell'organo e del sangue.

Quest'azione antibatterica può essere dovuta a due cause: o ad una capacità antigena elettiva acquisita dal fegato durante i successivi passaggi su organo, o allo spostamento di tutte le difese mobili dell'organismo ancor valido verso la zona maggiormente invasa.

Si ha dunque una prima fase di accumulo elettivo dei germi nell'organo, a cui segue a breve scadenza una reazione difensiva dell'organismo tendente a localizzare l'infezione. A seconda poi del risultato di questo tentativo di difesa si passa alla seconda fase che può essere o di localizzazione clinica sul viscere precedentemente assalito o di sepsi generale con invasione di tutto l'organismo.

C. TOSCANO.

Il significato clinico del B. coli haemolyticum.

(W. L. NILES e J. C. TORREJ. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, genn. 1934).

Da qualche tempo si sa che alcuni ceppi di b. coli hanno proprietà emolitiche, ma ci sono divergenze di opinioni sulla loro importanza clinica.

Per quanto riguarda la loro frequenza nelle feci Dudgeon, Wordley e Bawtree li hanno trovati nel 35 % dei casi su 21 coliti degli adulti e nel 36 % dei casi su 11 diarree dei bam-

bini, mentre si trovavano solo nel 13 % su 39 adulti normali. Todd li trovò 13 volte su 100 lattanti senza diarrea. In 200 casi di tifo, colite post-dissenterica, infezioni settiche delle vie respiratorie, Dudgeon li trovò nel 6 %.

Nell'intestino di morti non per malattie intestinali il b. coli hemolyticus fu trovato nel 55 % dei casi da Klingenstein (più spesso sul colon, meno spesso nell'ileo e nel digiuno). In proporzioni diverse fu trovato in infezioni urinarie da coli.

Il coli emolitico ha proprietà antigeniche più spiccate del non emolitico. Secondo Dudgeon quando il b. coli emolitico si coltiva abbondantemente dalle feci c'è una tossiemia che si giova del vaccino specifico.

Gli AA. trovarono presente il b. coli emolitico nel 25 % degli adulti normali, nel 50 % di quelli con anacidità gastrica, nel 20 % dei casi di psoriasi, nel 59 % delle coliti ulcerative, nel 59 % delle coliti semplici, nel 63 % delle dermatiti, nel 40 % delle tossiemie intestinali, nel 100 % delle diarree o delle stipsi spastiche.

Il coli emolitico fu dimostrato virulento nel 53,6 % dei casi, mentre quello non emolitico solo nel 23,9 %.

Su 672 correzioni di feci questo germe fu trovato nel 31 %. Furono studiati 180 malati con b. coli hemolyticus, nelle feci di questi, 67 avevano una semplice colite con tossicemia intestinale, 6 colite ulcerativa, 11 urticaria, 5 edema angioneurotico, 16 acne semplice, 5 acne rosacea, 5 eczema, 4 prurito, 7 fibrosite, 5 pielite, 4 artrite cronica infettiva, 7 psiconeurosi, 4 ostruzione duodenale cronica, 5 ulcera peptica, 9 ipertensione, 3 epilessia e 17 malattie varie.

I malati furono curati con autovaccino. Nel 93 % dei casi il b. coli emolitico non fu trovato nelle feci dopo la cura e solo in 4 non si ebbe miglioramento. R. LUSENA.

La diffussione di infezioni della parte cervicale dell'utero nel sistema urinario e l'ascesa di infezioni dalla regione inf. verso il rene.

(H. P. WINSBURG-WHITE. *The British Journal of Urology*, sett. 1933).

L'A., rilevati i rapporti di vicinanza tra gli organi genitali e urinari esercitanti funzioni diverse, ricorda la possibilità di associazioni di processi patologici sia allo stato acuto che cronico, e come la diffusione dei processi stessi venga favorita dalla latenza dell'infezione. Pertanto rileva che è un errore, a volte, occuparsi dell'eliminazione di un disturbo senza ricercare il fattore eziologico.

L'A. per provare il nesso linfatico fra la parte cervicale dell'utero e il trigono della vescica, ha istituito una serie di esperimenti su animali. Ha iniettato inchiostro di china oppure bacilli tubercolari vivi o morti nella parte cervicale dell'utero e, in altri casi, nell'uretra.

Sacrificati gli animali a distanze varie di tempo, da un'ora a tre settimane, ed esaminati in serie i preparati microscopici, ha potuto osservare la connessione linfatica esistente fra vescica e la parte cervicale dell'utero.

L'A. ha potuto seguire la corrente dell'inchiostro attraverso i vasi linfatici nel legamento largo ed in quello ovarico, al di sopra dell'orlo pelvico, nelle regioni delle arterie iliache comuni, a livello dell'ilo renale.

Con accurati esami istologici di sezioni dell'uretere, ha potuto constatare la diffusione nel tessuto areolare periureterale e non a carico delle pareti di esso.

Ha constatato pure che l'invasione renale si è verificata per la via linfatica perivascolare. In un caso ha constatato che la diffusione dalla parte cervicale al rene è avvenuta solo dopo un'ora dall'iniezione di bacilli vivi.

Le stesse diffusioni ha viste iniettando inchiostro di china nella parete uretrale o nel tessuto periuretrale.

Conclude d'accordo con altri autori che la maggioranza delle infezioni renali, risulta da una ascesa dagli organi genitali, dall'uretra e dal trigono vescicale. Per provare quest'ultimo fatto l'A. ha instituito una serie di esperienze: ha iniettato dell'inchiostro di china alla base della vescica di cavie maschi. Gli animali morirono dopo 49 ore dall'esperimento e le sezioni microscopiche dell'uretere mostrarono che la diffusione non si era avuta a carico della parete dell'uretere ma attraverso la rete linfatica che si trova nel grasso periureterale.

L'A. si pone due problemi:

1) fino a qual punto le infezioni renali sono dovute ad ascesa diretta dal basso lungo il corso dell'uretere o di una invasione delle adiacenti glandole linfatiche.

Dagli esperimenti dell'A. risulta che sono possibili ambedue le vie. L'A. nega che l'infezione possa avvenire per le vie delle papille.

SCANDURRA.

Contributo alla diagnostica delle malattie del gruppo "tifo esantematico".

(A. PREVITERA. *Boll. Ist. Sierot. Milanese*, dicembre 1933).

Per quanto non vi sia ancora una classificazione definitiva delle malattie del gruppo esantematico, si dà purtuttavia valore ad alcuni caratteri che permettono di individualizzarle. Così l'agente trasmettitore del virus è un criterio importante ed un altro è costituito dai fenomeni provocati negli animali di laboratorio per l'inoculazione del virus stesso. È stata anche tentata una classificazione fondata sui saggi di immunità crociata.

L'A. porta l'attenzione sul possibile valore diagnostico del reperto istopatologico delle pa-

pule. Questo finora è stato fatto solo in alcune malattie del gruppo del tifo esantematico. Fraenkel per primo descrisse le lesioni istologiche della papula nel tifo esantematico: queste colpiscono le piccolissime arterie e consistono nei noduli cellulari i cui elementi infiltrano tutta la parte vasale che diviene irriconoscibile. Successivamente si ha emolisi locale e poi vera emorragia per diapedesi o per ressi. G. Bompiani oltre a questi noduli ha osservato noduli cicatriziali e focolai più ampi di infiltrazione cellulare diffusa.

Pecori nel suo lavoro sul tifo esantematico benigno non diffusivo riporta osservazioni istologiche sulle papule: si tratta di alterazioni caratteristiche dei minimi vasi, consistenti in tumefazione e degenerazione dell'endotelio ed anche infiltrati perivasali a focolaio, non diffusi, costituiti da linfociti.

I francesi nelle papule della febbre bottonosa hanno riscontrato all'inizio: epidermide e derma normale; alterazioni a livello dei piccoli vasi che sono attorniati da infiltrati cellulari a manicotto. Successivamente nelle papule che hanno subìto la trasformazione purpurea, l'epidermide è sollevata al centro e i capillari sono fortemente congesti.

L'A. ha avuto modo di studiare istologicamente le papule di due casi di tifo esantematico attenuato (morbo di Brill) con i seguenti reperti: lo spessore dell'epidermide è normale; in essa si notano delle cavità dovute a fenditure nello strato malpighiano. Derma normale nella struttura generale: esistenza in esso di numerosi centri infiammatori in rapporto coi piccoli vasi che sono dilatati; vi sono anche zone di infiltrazione diffusa cellulare. Oltre ai fatti infiammatori si notano emorragie e fatti di edema.

L'A. dà particolare importanza alle lesioni dell'epidermide che sembrano proprie delle febbri esantematiche benigne o che almeno non sono state finora descritte nelle papule del tifo esantematico classico.

Ancora però le ricerche sull'argomento sono scarse ed incomplete e quindi non è possibile trovare nel quadro istopatologico della papula, dei dati che permettono di differenziare le diverse malattie del gruppo.

È necessario perciò continuare lo studio che se accurato potrà molto probabilmente essere fecondo di risultati. Vicentini.

Encefalite ed influenza.

(M. de Crinis. *Münchener Mediz. Wochenscrift*, 26 gennaio 1934).

Come in molte altre malattie infettive (tifo, tifo esantematico, scarlattina, ecc.) anche nell'influenza si possono verificare disturbi che indicano la compartecipazione del sistema nervoso centrale. Ma nelle forme ordinarie non si riscontrano alterazioni vere e proprie del parenchima cerebrale, ed i disturbi stessi vanno attribuiti a fatti meningei.

Si tratta per lo più di fenomeni nervosi generali (cefalea, dolori lungo gli arti, sensazioni vertiginose, senso di astenia), che si manifestano nella fase iniziale e consentono spesso al medico di fare una diagnosi precoce. Tali sintomi possono persistere per tutto il corso della malattia e non di rado anche durante la convalescenza.

Tenuto conto della mancanza di reperti anatomo-patologici macro- e microscopici della sostanza cerebrale, delle alterazioni constatate nel liquor, nonchè dei peculiari caratteri di alcuni di detti disturbi, i sintomi stessi possono in gran parte considerarsi come fenomeni irritativi dipendenti da una meningite sierosa.

In effetti la caratteristica cefalea influenzale non è localizzata, s'irradia dalla nuca ed è spesso accusata come dolore agli occhi.

Ma a parte ciò nel corso dell'influenza possono manifestarsi fenomeni più gravi segni di un'effettiva alterazione del tessuto cerebrale: si parla allora di encefalite influenzale.

Il quadro morboso s'inizia con fenomeni generali, non di rado con stati deliranti, amenziali, comatosi. Rapidamente compaiono sintomi di lesione a focolaio: mono- ed emiplegia, afasia, disturbi della sensibilità e della reflettività. Vi possono essere complicazioni meningee che si manifestano sopra tutto con temperatura molto elevata e alterazioni del liquor (aumento della pressione e del contenuto di cellule e albumina).

Nei casi del genere occorre fare la diagnosi differenziale con altre forme che hanno analogie sintomatologiche le quali possono trarre in errore: meningite cerebro-spinale epidemica, encefalite epidemica, encefalite postvaccinica, encefalite tossica (Wernicke), encefalite periassiale diffusa.

Nella meningite cerebro-spinale epidemica i sintomi meningei sono prevalenti ed il liquor presenta gravi alterazioni caratteristiche, per cui ogni confusione dovrebbe essere impossibile.

L'encefalite postvaccinica dà sonnolenza, coma, ma non sintomi a focolaio definiti. Sintomi caratteristici sono le mioclonie, il trisma ed altri fenomeni di meningismo, disturbi degli sfinteri anale e vescicale.

Per altro la diagnosi si basa essenzialmente sul fatto che l'affezione compare qualche tempo dopo l'innesto vaccinico.

Più difficile è la differenziazione dall'encefalite periassiale diffusa, nella quale per altro sono caratteristici le paresi spesso spastiche delle estremità, gli accessi epilettiformi, l'atassia, l'esagerazione dei riflessi. Il liquor è sempre normale.

L'encefalite tossica per quanto a decorso acuto si manifesta in seguito ad intossicazione alcoolica. Sono caratteristici di questa affezio-

ne la sindrome di Korsakow, il delirio, la paralisi completa degli oculomotori, i fatti polineuritici, i disturbi del linguaggio, l'atassia, la mancanza di febbre.

La diagnosi differenziale con l'encefalite epidemica o letargica ha importanza sopra tutto per il fatto che questa affezione si riscontra con maggior frequenza durante il corso o a seguito delle pandemie influenzali.

In generale l'encefalite epidemica si manifesta quasi sempre fin dal primo momento con sintomi cerebrali. Dopo un brevissimo periodo prodromico durante il quale si riscontrano i sintomi generali dell'influenza (cefalea, astenia, sonnolenza, dolori agli arti, sensazioni vertiginose) si sviluppa in modo acuto il complesso clinico. Poichè il processo morboso colpisce quasi sempre il cervello medio si hanno subito paralisi oculari, tendenza al sonno, disordini extra-piramidali: ipercinesi, parkinsonismo, movimenti atetosici e coreici, mioclonie dei muscoli addominali, singhiozzo, fissità della mimica. Oltre a ciò si hanno disturbi delle motilità vescicale ed intestinale, alterazioni della secrezione salivare, della pressione sanguigna, e talvolta anche algie in dipendenza della compartecipazione delle vie sensitive del talamo. I riflessi cutanei e tendinei sono per lo più inalterati. Il liquor è iperteso, presenta un aumento di zucchero e di elementi morfologici.

All'encefalite epidemica fu dato il nome di letargica perchè le prime osservazioni facevano ritenere come sintoma costante e patognomonico della malattia il sonno, la letargia. Sta di fatto però che gli studi ulteriori hanno dimostrato come nella grande maggioranza dei casi la letargia manchi del tutto o sia presente solo una sonnolenza talvolta tanto leggera da non richiamare l'attenzione del paziente e del medico. Viceversa esistono in varie combinazioni i sintomi su accennati che depongono per una lesione dei nuclei della base.

Una questione che è stata molto discussa, e che è discussa tuttora è quella delle relazioni tra encefalite epidemica e influenza. La coincidenza delle due ultime malattie in forma epidemica durante la grande guerra fece ritenere trattarsi di malattia ad agente specifico unico.

L'A. però inclina a credere che l'encefalite epidemica non può considerarsi come una complicanza della influenza e non può quindi considerarsi identica con l'encefalite influenzale.

Mentre questa è una complicazione dell'influenza, l'encefalite epidemica è una sindrome nervosa per sè stante con caratteri epidemiologici, etiologici, clinici ed anatomopatologici particolari.

A parte il fatto che casi di encefalite epidemica si sono constatati indipendentemente da ogni epidemia influenzale, l'A. rileva che nelle dette encefaliti non è stato mai riscontrato il bacillo di Pfeiffer che si ritiene specifico dell'influenza.

Le manifestazioni cliniche ed i postumi dell'encefalite epidemica sono nettamente differenti da quella influenzale, in rapporto al fatto che mentre in questa le lesioni sono diffuse a tutto il cervello e specialmente alla corteccia, nella prima invece sono quasi esclusivamente localizzate al cervello medio.

Durante l'ultimo ventennio sono stati osservati alcuni casi di encefalite cronica che sono stati rapportati a quella acuta epidemica. Essa può assumere due forme: amiostatica e coreo-atetosica. Nella prima amiostatica si riscontrano disturbi della stazione e dell'andatura con tendenza alla pro- ed alla retropulsione, disturbi del respiro, ipertonia generale, mimica inespressiva. Nella forma coreo-atetosica si riscontrano movimenti involontari a carattere coreico o atetosico, emiballismo, diversi tipi di tics, ipotonia.

L'encefalite cronica si stabilisce insidiosamente, a poco a poco, fino ad assumere la forma stazionaria. Dal punto di vista anatomo-patologico si riscontrano tutti i punti di transizione delle lesioni acute a quelle croniche: dai fenomeni reattivi infiammatorî nelle pareti dei vasi alla iperproduzione di glia.

La cura dell'encefalite influenzale è la stessa di quella dell'influenza. Data la gravità della complicazione occorre giovarsi di tutti i mezzi, e tra questi delle iniezioni di siero dei convalescenti e l'autoemosieroterapia.

Le iniezioni di urotropina riescono vantaggiose anche per calmare le sofferenze subiettive.

Nelle forme croniche si adopereranno a seconda dei casi l'atropina, la scopolamina e simili. DR.

Un caso di febbre purpurea delle montagne rocciose osservato a Parigi.

(A. LEMIERRE. *La Presse médicale*, 17 febbraio 1934).

L'A. riferisce la storia di un collega, il professore B..., che lavorando nel suo laboratorio a Parigi con il virus della febbre delle Montagne Rocciose, fu colto da questa malattia che ebbe andamento assai grave e fu superata con difficoltà.

Il B..., un anno prima, aveva avuto una iniezione di vaccino antiesantematico (invece delle tre consigliate); durante la malattia gli furono praticate altre due iniezioni di siero di convalescente di tifo esantematico.

La malattia, come è noto, è caratteristica delle Montagne Rocciose (Stati Uniti); essa si caratterizza per l'insorgenza insidiosa e la caduta per lisi, la durata da una a tre settimane, la febbre alta (39°-40°) e continua, i dolori muscolari e articolari intensi, lo stato atasso-

adinamico, e la comparsa di un esantema roseo, poi violaceo e talvolta emorragico, su tutti i tegumenti, non escluse le piante e le palme.

La malattia può essere leggera e guarire, o grave e mortale, accompagnandosi allora a manifestazioni emorragiche o necrotiche della cute, stato di coma, e complicazioni banali a carico dei polmoni o dei reni.

Il tipo « Bitter Root Valley » dà le forme gravi, il tipo Idaho le leggere; nel primo gruppo la mortalità è del 90%, nel secondo del 6%.

La persistenza del virus in natura è assicurata da alcuni tipi di roditori selvaggi; e la zecca lo trasmette dall'animale all'uomo.

Il sangue dell'uomo malato contiene il virus, giacchè inoculato nel peritoneo della cavia riproduce in questo animale un quadro morboso simile a quello spontaneo.

L'agente specifico della malattia è una Rickettsia, microrganismo di forma lanceolato, colorabile al Giemsa; lo si ritrova sempre negli organi, e sopratutto negli endotelii vascolari dei soggetti curati di febbre purpurica.

La lesione istologica più interessante è costituita dalle lesioni dei vasi, e specialmente delle arteriole, in cui si notano infiltrazioni monocitarie perivascolari e proliferazioni dell'endotelio (endangite infettiva specifica di Wolbach).

La reazione di Weil Félix è positiva in quasi tutti i casi nella prima settimana fino a 1:2500; poi il tasso cade per risalire alla fine della malattia.

Ricerche recenti sembrano dimostrare che tra la febbre delle Montagne Rocciose e quella del Brasile esista una comunità di virus, variando soltanto a seconda delle regioni il meccanismo della sua trasmissione: e la febbre bottonosa del Mediterraneo e quella del Giappone sembrano avere anch'esse, con le precedenti, un'« aria di famiglia ».

V. SERRA.

MISCELLANEA.

L'andamento ormonico del ciclo femminile.

(W. SCHOELLER. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 5 gennaio 1934).

Il ciclo sessuale femminile, il cui compimento normale si estrinseca con la mestruazione, risulta dall'azione combinata dell'utero, dell'ovaio, dell'ipofisi e del cervello medio.

L'ablazione dell'ovaio e del lobo anteriore dell'ipofisi determina atrofia dell'utero e dei caratteri secondari femminili. Tumori lesioni del cervello medio, localizzati nella regione ipotalamica, determinano infantilismo.

L'ipofisi ed il cervello medio governano il ciclo sessuale femminile che si svolge con modificazioni parallele dell'ovaio e dell'utero.

Nell'ovaio avviene la maturazione di un follicolo e dell'uovo in esso contenuto, mentre nella mucosa dell'utero avvengono particolari fenomeni di proliferazione e di secrezione.

Insomma nell'ovaio e nell'utero della donna sessualmente matura in media ogni quattro settimane è preparata una gravidanza, sono create le condizioni più favorevoli per l'annidamento dell'uovo eventualmente fecondato. Se la fecondazione non avviene, anche la decidua non è più necessaria, ed allora segue l'espulsione della mucosa uterina sotto forma di mestruazione.

Il parallelismo tra le modificazioni ovariche e quelle uterine è interdipendente. Durante il processo di maturazione del follicolo nell'ovaio si forma un ormone (ormone follicolare) che ha la proprietà di attivare la proliferazione della mucosa uterina. Dopo l'ovulazione si forma nel corpo luteo un ormone, il quale ha la proprietà di determinare la fase secretoria della mucosa uterina proliferata. Questo ormone non ha alcun'azione sull'utero che non sia stata precedentemente influenzata dall'ormone follicolare.

Gli studi di Butenandt avrebbero assodato che l'ormone follicolare sarebbe un ossichetone con formola C_{18} H_{22} O_2, e che quello del corpo luteo apparterrebbe allo stesso gruppo di sostanze. Le ricerche di Kaufmann hanno dimostrato che nelle donne castrate o originariamente amenorroiche si possono determinare con gli ormoni suddetti successivamente le fasi proliferativa e secretiva della mucosa uterina.

Ma gli ormoni sessuali femminili non si producono spontaneamente nell'ovaio; essi si producono a seguito dell'azione di un altro ormone elaborato dal lobo anteriore dell'ipofisi (ormone antipofisario gonadotropo). Si tratta di una sostanza azotata, solubile in acqua, che, come l'ormone tireotropo e l'insulina, sembra essere un prodotto di scissione dell'albumina.

Nei piccoli animali di ambo i sessi esso consente di attivare la funzione delle glandule sessuali, provocando l'estro nelle femmine, mentre nei maschi eccita le glandule interstiziali ed indirettamente determina lo sviluppo e la secrezione delle glandule seminali e della prostata.

Zondek ed Aschheim sostengono che il lobo anteriore secernerebbe non uno ma due ormoni gonadotropi, uno che eccita l'attività follicolare e l'altro quella del corpo luteo; essi li chiamano Prolan A e B. L'esistenza di questi due ormoni distinti è negata da molti autori.

Philipp ha trovato che in determinate condizioni, e particolarmente durante la gravidanza, il lobo anteriore è praticamente mancante di ormone gonadotropo. Questo fatto fa supporre che l'ipofisi a sua volta risenta l'azione degli ormoni ovarici, i quali ne ecciterebbero reciprocamente la funzione.

I fatti clinici e sperimentali dimostrerebbe-

ro che tale reazione dell'ormone follicolare non si eserciterebbe direttamente sull'ipofisi ma attraverso la stimolazione di un particolare centro sessuale esistente nel cervello medio.

Secondo questa interpretazione le interrelazioni tra utero, ovaio, ipofisi e cervello medio si svolgerebbero secondo un circolo chiuso.

L'eccitazione partente dal centro sessuale cerebrale attiverebbe attraverso determinate vie nervose la funzione del lobo anteriore dell'ipofisi, i cui ormoni versati in circolo provocherebbero la secrezione nell'ovaio, la secrezione degli ormoni follicolari e luteinico, i quali ecciterebbero rispettivamente la fase proliferante e secretoria della mucosa uterina, e provocherebbero alterazioni degli elementi sessuali secondari (mammari, vaginali).

D'altra parte lo stesso ormone follicolare ecciterebbe lo stesso centro sessuale cerebrale, la cui eccitazione attiverebbe la funzione dell'ipofisi e così di seguito si ripeterebbero gli stessi fatti a catena.

Tuttora discussa è la quistione se l'ipofisi secerne effettivamente due ormoni (Prolan A e B), come ritengono Zondek ed Aschheim, oppure uno solo. Le ultime risultanze tenderebbero più verso quest'ultima ipotesi.

Il transito dalla fase proliferativa a quella secretoria della mucosa uterina segue sotto l'azione luteinizzante dell'uovo in maturazione. Dopo la morte dell'uovo compare la mestruazione. Durante la gravidanza non è più l'uovo, ma l'embrione che nel corion secerne una gran quantità di ormone follicolare.

DR.

La probabile natura allergica dell'avvelenamento da cincofene.

(A. J. QUICK, *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, gennaio 1934).

Oggi la natura tossica del cincofene è ben nota; ma sono passati quindici anni di uso clinico del cincofene prima che ne fosse descritto il primo caso di avvelenamento, per cui l'argomento merita di essere studiato per quel che riguarda il meccanismo di azione.

Vari AA. hanno notato la somiglianza dell'avvelenamento da cincofene coi fenomeni allergici. Shoot e Bauer hanno raccolto 41 casi di reazioni allergiche da cincofene e a questi ne aggiunsero altri 4. I disturbi osservati furono eruzione cutanea polimorfa, edema, spesso febbre, e qualche volta disturbi vasomotori gravi. In qualche caso furono notati esacerbazione dei dolori articolari e disturbi gastrointestinali. Leucopenia, linfoadenopatia ed eosinofilia furono reperti non cospicui.

La sensibilità al cincofene è sempre stata acquisita; anche nei casi in cui si ebbe alla prima somministrazione c'era stata una precedente ingestione mediante misture antireumatiche. La sensibilità è specifica pel cincofene, perchè non si ebbe per il neo-cincofene.

L'atrofia gialla acuta del fegato prodotta dal cincofene potrebbe essere una manifestazione allergica di un organo interno paragonabile al fenomeno cutaneo di Arthus. A questo concetto si è indotti anche dall'osservazione di casi di grave atrofia acuta del fegato con piccolissime dosi di cincofene.

Petty ha descritto un caso di pancreatite acuta emorragica e necrosi grassosa dopo uso di 10 compresse di cincofene.

Non è facile accettare quest'opinione che l'atrofia del fegato da cincofene rappresenti un fenomeno allergico, specialmente se si tien conto che negli individui che presentano questi avvelenamenti non si hanno reazioni cutanee, nè reazione di Prausnitz e Küstner positive.

Gli iodo-cincofeni e il composto con salicitato, l'atofanil, sono più pericolosi del cincofene, mentre lo è meno il neo-cincofene.

L'A. consiglia in tutti i modi le seguenti precauzioni nell'uso del cincofene: deve essere somministrato solo in malati che si possono sorvegliare continuamente; non si deve dare a periodi di cura seguìti da periodi di riposo, si deve sospenderlo appena passati i disturbi della malattia; non si deve dare a malati già riconosciuti come asmatici o ammalati di febbre da fieno o con ipersensibilità per altre proteine e specialmente a malati ipersensibili per il salicilato di sodio. Inoltre si deve evitare la somministrazione di un vaccino o di una proteina a scopo di proteinoterapia contemporaneamente alla cura di cincofene. Non si darà cincofene a chi ha già il fegato malato; però è bene osservare che il cincofene ha provocato danni anche a malati con fegato integro.

La cura dell'atrofia acuta del fegato si fa coll'uso di glucosio, di insulina a piccole dosi e gluconato di calcio. Si terrà il malato a dieta povera di grassi e di proteine, sempre si darà latte scremato.

L'A. descrive tre casi di avvelenamento da cincofene: uno era del tipo allergico, gli altri due erano atipici perchè c'era epatite senza ittero.

R. LUSÈNA.

Sulla cura chirurgica del diabete.

(M. DONATI, *Die Med. Welt*, 13 e 20 gennaio 1934).

L'A., dopo avere sommariamente riassunte le basi cliniche e sperimentali che hanno condotto ai primi tentativi di cura chirurgica del diabete e principalmente la teoria dell'antagonismo ormonico fra pancreas e surrenali nel ricambio dei carboidrati, prende in considerazione i vari metodi chirurgici finora attuati a tale scopo e ne discute il valore.

La *enervazione di una surrenale* è stata tentata per primo dall'A. sulla base degli esperimenti di Ciminata, il quale aveva potuto constatare che l'enervazione delle surrenali nel

cane diabetico per pancreatectomia produceva un abbassamento dei valori glicemici. Nel caso dell'A. si trattava di un diabetico grave nel quale l'enervazione della surrenale sinistra aveva portato un notevole miglioramento generale dei sintomi che durava ancora due mesi dopo l'operazione. Rivisto tre anni dopo l'intervento però si poteva constatare come il risultato fosse stato incompleto, in quanto la sintomatologia si era di nuovo aggravata pur senza giungere al grado di prima. In seguito altri casi analoghi con buoni risultati sono stati comunicati da vari AA.: fra questi interessanti due casi di Giordano nei quali questo A. praticò la enervazione bilaterale delle surrenali, intervento che fu ben sopportato e diede notevole miglioramento dei sintomi: sì che si può concludere come la enervazione delle surrenali, anche non essendo una terapia per così dire specifica del diabete, pure ha notevole importanza sulla tolleranza verso i carboidrati nei diabetici ed eleva la sensibilità di questi verso la insulina.

Il blocco degli splancnici e la splancnicotomia nella cura del diabete trovano la loro base nella teoria che riconosce allo splancnico il significato di via di conduzione dello stimolo nella glicosuria sperimentale da stimolazione del 4° ventricolo.

Pare ormai accertato che il sistema nervoso centrale regola la reazione glicemica appunto attraverso gli splancnici.

Secondo Takats che ha operato di resezione bilaterale degli splancnici una giovane con diabete grave nella quale dopo l'intervento si ebbe aumento della tolleranza dei carboidrati ed aumentata sensibilità verso l'insulina, il meccanismo terapeutico di un tale intervento consisterebbe in una azione indiretta non solo sulle surrenali, ma anche sui vasomotori del pancreas. I risultati che con tale intervento si ottengono sono dunque simili a quelli ottenuti con l'enervazione delle surrenali.

La surrenalectomia, potendo essere attuata soltanto unilateralmente, perde ogni significato come cura chirurgica del diabete. È intervento ben sopportato come lo dimostrano la lunga serie di surrenalectomizzati per altre ragioni. Pieri in un paziente che era stato operato di surrenalectomia sinistra per ipertensione, notò un abbassamento della glicemia che durò più di un anno.

In un giovane, in cui da tre anni si era manifestato un diabete grave, praticò una surrenalectomia sinistra e notò abbassamento della glicosuria e miglioramento dei sintomi. Sussi invece non notò alcun miglioramento in un paziente sottoposto allo stesso intervento.

L'enervazione e la simpatectomia chimica dell'ilo del fegato hanno dato sperimentalmente buoni risultati ma si sono dimostrate poco efficaci in clinica.

Più importanti sembrano gli studi sull'azione del *blocco anestetico dei segmenti nervosi paravertebrali* corrispondenti all'innervazione epatica.

Hirschhorn e Popper hanno notato, in seguito alla anestesia dell'8°, 9° e 10° segmento dorsale diminuire la glicemia, aumentare l'azione dell'insulina.

La simpatectomia delle arterie che irrorano il pancreas è stata tentata solo sperimentalmente con risultati analoghi.

La separazione parziale del pancreas si basa su alcuni risultati sperimentali ottenuti da Mansfeld, il quale praticando la legatura di una metà del pancreas senza ledere i vasi in modo che alla porzione del pancreas rimasta pervia rimanesse la doppia funzione escretoria e incretoria, potè dimostrare che nella porzione di pancreas rimasta isolata si aveva un notevole aumento delle isole di Langherans ed una iperproduzione di insulina. Altri AA. hanno confermato le ricerche di Mansfeld, pur non essendo sempre d'accordo se le formazioni che si riscontrano nel tessuto sclerotico dopo legatura della via di escrezione siano vere isole di Langherans oppure tessuto acinoso in via di regressione.

Un tale intervento è stato praticato con buoni risultati da Hüttl su un giovane diabetico, da Linhard in 1 caso e da Takats in due casi con miglioramento della tolleranza verso gli zuccheri e maggiore sensibilità all'insulina. Da Pieri infine, il quale non notò alcun miglioramento, anzi ebbe un peggioramento dei sintomi e della glicosuria.

Il trapianto di tessuto pancreatico, che ha dato buoni risultati sperimentali a Brancati e Takats, ha il difetto che il trapianto dopo breve tempo viene riassorbito.

La legatura del dotto di Stenone o l'asportazione delle ghiandole salivari avrebbe dato sperimentalmente abbassamento della glicemia e ciò, secondo Goljanitzki, per l'aumento di una ipotetica secrezione interna di queste ghiandole, la quale funzione sarebbe da attribuire ad alcune grosse cellule a mezzaluna simili a quelle trovate da Giannuzzi nelle ghiandole sottomascellari.

Altri pensano invece che la legatura del dotto di Stenone provochi l'immissione in circolo di una sostanza la quale abbia azione simile all'insulina o provochi aumento della secrezione insulare del pancreas.

La legatura del dotto di Stenone è stata tentata in vari casi di diabete: Goljanitzki dice addirittura di aver avuto così delle guarigioni, ma Gohrbaudt e Lucherini hanno avuto risultati negativi: Sussi su tre casi ha notato in uno miglioramento notevolissimo e negli altri due nessun risultato.

La paratiroidectomia parziale nell'endoarterite diabetica è stata tentata per primo da Bastai e Dogliotti i quali, avendo notato in un caso di arterite diabetica alti valori calcemici,

praticarono la paratiroidectomia parziale ed ottennero rapida caduta della calcemia e immediata sparizione dei dolori.

Anche Giordano ha avuto lo stesso risultato in un caso analogo.

Una terapia chirurgica del diabete esiste dunque! È necessario però che il problema sia ancora studiato, che siano accuratamente precisate le indicazioni e le controindicazioni se si vuole che tale terapia dia risultati veramente efficaci. G. LA CAVA.

Le stomatorragie.

(G. LYON. *Bulletin Médical*, 10 febbraio 1934).

Le emorragie che si producono a livello della cavità boccale sono generalmente poco abbondanti, prescindendo, naturalmente, da quelle dipendenti da alcune lesioni (traumi gravi, varici, cancro della lingua) o da determinate condizioni generali (emofilia, emogenia). Tuttavia una semplice avulsione di denti può essere l'occasione di un flusso di sangue prolungato e tale da provocare uno stato preoccupante. Tale emorragia è tanto più a temere in quanto può stabilirsi insidiosamente: arrestata al momento dell'intervento iniziale, può riprodursi dopo qualche ora, talora di notte mentre il soggetto dorme, per modo che questi al mattino si sveglia bagnato di sangue, pallido, in preda a vertigini, con tutti i sintomi dell'anemia postemorragica.

Per lo più l'emorragia boccale consiste in un semplice scolo di saliva sanguinolenta. Può essere *isolata* o coincidere con *emorragie multiple*: epistassi, porpora, ecc.

Il sangue può provenire dalle *gengive*, dal *frenulo della lingua*, da un *alveolo dentario*, dalla *lingua*, delle *tonsille*, dalla *mucosa delle guancie*.

Le gengive possono sanguinare sia in un punto localizzato, e ciò si verifica per lo più nelle lesioni traumatiche, sia in modo diffuso. In questo ultimo caso la mucosa gengivale è tutta intera coperta di sangue liquido o coagulato; al di sotto la mucosa ha un colore feccia di vino, è tumefatta, rammollita, cosparsa di ulcerazioni e di false membrane. Tale reperto s'incontra nel corso di una malattia infettiva a carattere emorragico (vaiuolo, tifo) o di una malattia generale (scorbuto, leucemia acuta, emofilia).

L'emorragia che si produce a livello di un alveolo dentario è consecutiva ad un'estrazione.

Il frenulo della lingua sanguina quasi sempre a seguito di una lesione traumatica.

La lingua può sanguinare per quattro specie di lesioni: traumi, cancro, angiomi, varici. Le emorragie linguali da lesioni traumatiche si verificano per lo più in occasione di eccessi epilettici (morsicatura della lingua). Non meno facile è la diagnosi dell'emorragia cancerigna, perchè essa si verifica quando la lesione è già avanzata. L'angioma linguale è un piccolo tumore molle, di colore violaceo, pieno di sangue. Le varici si riscontrano per lo più alla base della lingua.

L'emorragia tonsillare è rara: si verifica per lo più in seguito a traumi medicatori o chirurgici (tonsillectomia) e più di rado in seguito a cancro.

La mucosa delle guancie può sanguinare per lesioni locali (traumi da asperità di denti, gangrena o noma) o per cause emorragiche generali. Talvolta in coincidenza delle mestruazioni si può avere lo scolo di saliva sanguinolenta (emosialamesi).

Le stomatorragie, adunque, possono dipendere da cause locali e generali:

1) Le cause locali sono prevalentemente traumatiche: chirurgiche (frattura del mascellare, estrazione di denti, ecc.), o accidentali (ferite della lingua e della mucosa delle guancie). Nel caso dell'estrazione di denti l'abbondanza e la persistenza dell'emorragia dipende talvolta da influenze generali (emofilia, emogenia).

Le altre cause locali sono il cancro, gli angiomi, le varici la gangrena o noma;

2) le cause generali sono: le malattie infettive a carattere emorragico (vaiuolo e più di rado tifo); lo scorbuto tanto degli adulti che dei bambini (morbo di Barlow) nel quale la mucosa gengivale è violacea, gonfia e molle; la leucemia con ulcerazioni e false membrane della mucosa boccale; l'emofilia che talvolta viene messa in rilievo, appunto, in occasione di un'estrazione di denti o di una piccola ferita della lingua o delle guancie; l'emogenia, nella quale la stomatorragia coincide con altre emorragie, con la porpora sopra tutto.

Il trattamento delle stomatorragie deve essere preventivo quando si sospetta uno stato emofiliaco. Prima di procedere a qualsiasi intervento si praticheranno iniezioni di siero di cavallo e si somministrerà cloruro di calcio. Ogni qual volta esiste un'emorragia diffusa si faranno praticare abbondanti lavande con acqua ossigenata molto allungata (due cucchiaini in un bicchiere) allo scopo di rendersi conto dello stato della mucosa; si deterge questa con tamponi imbevuti della stessa soluzione per asportare gli essudati pseudomembranosi ed i coaguli; si toccano le ulcerazioni con acido tricloracetico.

L'emorragia dipendente da una condizione generale sarà curata in conseguenza: nel caso di scorbuto si faranno pennellazioni di succo di limone, di tintura di coclearia o di ratania, e contemporaneamente si praticherà il trattamento generale somministrando vegetali freschi, frutta, e nei bambini latte fresco e succo di frutta.

In caso di emofilia o di emogenia si praticheranno iniezioni di siero fresco di cavallo, siero fresco dello stesso malato (senza aggiungere citrato di sodio) e si somministrerà cloruro di calcio. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

T. MANCIOLI. *Malattie dell'orecchio, del naso e della gola.* Vol. in-16°, di 803 pag., con 88 fig., rilegato. U. Hoepli, Milano, 1934. Prezzo L. 35.

Il favore con cui il libro del prof. Mancioli è stato accolto dal pubblico medico è dimostrato dal fatto che esso è ora alla sua terza edizione la quale, grazie alla sempre più vasta esperienza dell'A. si presenta qui notevolmente aumentata e completata, pure essendo analoga alle precedenti per la impostazione generale.

I grandi capitoli trattano le malattie dell'orecchio, del naso e dei seni facciali (con cenni di stomatologia), delle fauci, del laringe, soffermandosi più ampiamente sulle affezioni più comuni, ma non trascurando anche quelle meno frequenti. L'indirizzo è eminentemente pratico, ma si accenna sempre alle questioni di indole generale, che costituiscono la base logica del sapere medico. Ed è proprio uno dei meriti di questo libro, quello di non considerare la branca speciale come un campo chiuso, ma di inquadrarla in quello ben più ampio della medicina generale, con cui sono tanto stretti i reciproci rapporti. Valgano come esempio gli effetti generali e locali che possono aver le stenosi nasali, e fra essi, un sintomo che l'A. stesso ha messo in rilievo, quello cioè dell'abbassamento della spalla dal lato dove la stenosi è maggiore.

Da rilevare sono inoltre le varie applicazioni della specialità nel dominio della medicina legale, delle malattie professionali, ecc.

Il libro si raccomanda, anche per la sua trattazione succinta e chiara, a varie categorie di medici e più specialmente al pratico che voglia apprendere della specialità le nozioni necessarie per l'esercizio corrente e conoscere, d'altra parte, i riflessi che le malattie di questi organi possono avere sullo stato generale.

fil.

GOSTA RUNSTROM. *A roentgenological study of acute and chronic otitis media.* Acta Radiologica, Supplementum XVII, 1933, Stockholm.

Il lavoro che il Runstrom presenta, pur essendo essenzialmente clinico e frutto di una intima collaborazione otoradiologica, dà largo sviluppo alle questioni di pura tecnica Roentgen (varie proiezioni per il temporale, dosaggio, sviluppo dei films, stereoradiografia); nè sono trascurati i ricordi di anatomia normale e radiologica dell'osso temporale.

Ma la parte più interessante è rappresentata dalle conclusioni tratte dallo studio di 47 casi di affezioni flogistiche acute e croniche dell'orecchio medio; di ogni caso il reperto radiologico è raffrontato ai dati dell'esame obiettivo, dell'intervento operativo e del decorso clinico. Le chiare conclusioni sono rése più evidenti da 54 tavole stereoscopiche, che illustrano i casi descritti.

M. SILVAGNI.

A. MOULONGUET. *Manuel d'expertise en otologie.* Vol. di 108 pagg. Masson, édit. Paris. 1933. Fr. 16.

Lo sviluppo attuale delle assicurazioni sociali e la migliore valutazione dei danni secondari ad accidenti di lavoro da un lato, la frequenza delle manifestazioni auricolari nei traumatizzati cranici dall'altro, rendono conto del fatto che un numero sempre più grande di medici sono direttamente interessati a problemi che riguardano la funzione dell'orecchio.

Questo piccolo volume espone in maniera pratica le varie prove funzionali che si devono effettuare sopratutto nei casi di simulazione di paracusie, di vertigini, di sordomutismo e di malattie auricolari in genere. Tre brevi capitoli sono destinati alle questioni otologiche che riguardano le assicurazioni sulla vita, le pensioni militari e gli accidenti sul lavoro.

M. SILVAGNI.

G. CANUYT e P. DAULL. *Les phlegmons de la loge amygdalienne. Diagnostic et traitement.* Vol. di 136 pagg. con 35 fig. Masson, édit., Paris, 1934. Frcs. 16.

Sulla scorta di dati clinici, anatomici e sperimentali, l'A. sostiene che la sede di ogni ascesso peritonsillare è sempre nella loggia tonsillare e che la sua estrinsecazione in avanti o all'indietro o lateralmente è in rapporto con modificazioni patologiche della regione.

Stabilita la sede esatta della lesione, la terapia chirurgica consiste di due tempi: 1) apertura larga della loggia tonsillare, in anestesia novocainica da infiltrazione, con incisione che va dal polo inferiore fino al terzo inferiore della tonsilla. Evacuata la raccolta purulenta, tamponamento della cavità ascessuale; 2) tonsillectomia totale all'ansa eseguita a qualche giorno di distanza, quando la temperatura e i fatti locali sono tornati quasi alla normalità. L'intervento riesce così notevolmente facilitato.

Tale condotta terapeutica, che sembra prudente e ragionevole, ha il vantaggio di curare non solamente la suppurazione, ma anche di sopprimere la causa di essa.

M. SILVAGNI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le emorragie digestive senza altri sintomi.

La diagnosi delle emorragie digestive è una delle più difficili in gastro-enterologia, tanto più quando l'emorragia si presenta come sintoma isolato, senza disturbo dispeptico o doloroso anteriore. R. A. Guymann (*Bulletin méd.*, 3 genn. 1934) passa in rassegna le possibili cause.

L'ulcera. È quella a cui si deve dapprima pensare. L'ulcera a manifestazione emorragica di primo acchito ed unicamente emorragica si troverebbe nell'8 % dei casi. La diagnosi, però, è impossibile di fronte alla prima emorragia; la ripetizione sarà un grande argomento in favore dell'ulcera. La diagnosi radiologica è più facile quanto più vecchia è l'ulcera stessa.

Cancro e tumori. L'eventualità che l'emorragia sia l'unico sintoma è abbastanza rara; una buona radiografia risolverà la questione.

Sifilide gastrica. È nota la forma di sifilide gastrica puramente emorragica, senza dolori, nè segni radiologici. Alla sifilide si deve quindi pensare, in caso di emorragia digestiva; ma non si deve concludere troppo presto che si tratta di sifilide se, dopo la cura antiluetica il malato non ha più emorragie. Non sono rare le emorragie senza causa nota che, senza nessun trattamento, non si ripetono più.

Cause esofagee. L'A. non ne ha osservato nessun caso; però ne sono riportati nella letteratura (ulceri, varici; queste ultime possono essere rivelate dalla radiografia).

Il fegato. Sono note le emorragie della cirrosi epatica, che possono verificarsi anche quando questa è ancora latente. Si ricercheranno allora i segni possibili: eziologia (alcoolismo), leggerissima colorazione delle congiuntive, macchie sulla pelle, urobilinuria, anche discreta, meteorismo, prove funzionali epatiche.

Milza. In qualche caso, l'emorragia ha preceduto di qualche anno lo stabilirsi della splenomegalia. In altri casi, l'emorragia richiama per la prima volta l'attenzione sulla milza che è già ingrossata; qualche volta, allorchè la milza è ancora molle, l'emorragia la riduce di volume.

Malattie del sangue e dei vasi. Oltre alle emorragie dell'emofilia e delle sindromi emorragipare, sono da segnalarsi quelle dell'ipertensione, e della degenerazione amiloide dei vasi. A proposito dell'ipertensione, una statistica di Galvan dimostra che le ematemesi o la melena sono di molto più frequenti negli ipertesi che negli individui a pressione normale. Vi è inoltre la possibilità che si tratti dell'angiomatosi familiare (morbo di Osler). L'A. ha in cura un malato che presenta più volte all'anno delle emorragie che ne mettono in pericolo la vita; nessun trattamento medico ha giovato.

Vi sono infine dei casi in cui non si arriva a trovare la causa, nemmeno con la gastroscopia. Sono state fatte varie ipotesi: attacchi di gastrite da causa infettiva, emorragie vicarianti, disturbi nervosi (analogia con i sudori di sangue), piccole lesioni arterio-sclerotiche localizzate. Il problema si complica quando si tratti di sola melena, poichè in tal caso entrano in giuoco molte cause esclusivamente intestinali (tumori, coliti, pericoliti, dolicocolon, parassitosi, ecc.).

L'A. sconsiglia l'intervento affrettato anche in caso di emorragia imponente. La pratica della trasfusione permette di salvare la vita del malato e di procedere poi con più calma alla ricerca della possibile causa. *fil.*

Il significato e la cura della diarrea.

J. P. Lockhart-Mummery (*The Practitioner*, dicembre 1933) definisce la diarrea come la condizione in cui c'è una frequenza del numero delle scariche insolita per l'individuo affetto, perchè ci sono individui che hanno, normalmente 2 e anche 3 scariche il giorno, senza che questo sia patologico.

La diarrea può dipendere da sostanze alimentari, da veleni minerali, da tossine prodotte nell'organismo per azione dei germi sugli alimenti, da infiammazioni del tubo intestinale, da ipercloridria gastrica, da malattie cardiache e renali, da emozioni.

Una forma importante di diarrea, sopra tutto per la sua gravità, è quella dovuta a colite ulcerosa, la cui diagnosi si fa colla sigmoidoscopia. In questo caso la migliore cura è l'appendicostomia, in modo da mettere a riposo il colon continuando un'alimentazione quasi normale (poichè stomaco e tenue funzionano regolarmente). Il lavaggio del colon per via rettale non è utile che molto raramente, mentre il paziente si giova spesso dell'introduzione nel colon per via rettale di olio di oliva contenente il 5 % di sottogallato di bismuto in sospensione, facendone l'introduzione lentamente e con paziente in decubito laterale sinistro. Finita l'introduzione il malato si mette in decubito laterale destro e cerca di trattenere l'olio il più possibile.

La diarrea, così detta « spuria », perchè totalmente la massa di feci emessa nelle 24 ore non supera la norma, mentre le defecazioni sono molto frequenti, dipende per lo più da lesioni del retto o da corpi estranei.

Nella convalescenza di malattie gravi (polmonite, tifo), si può avere diarrea. Essa dipende dall'accumularsi graduale nel retto di feci dure, la cui eliminazione fa cessare la diarrea.

In ogni caso di diarrea è bene fare esplorazione rettale ed esame sigmoidoscopico, come pure un esame di feci.

La cura della diarrea dipende dalla diagnosi di causa. Anche un tumore può dare diarrea.

Nella stessa rivista R. W. B. Ellis tratta della *cura della diarrea dei bambini*, che deve essere guidata da queste indicazioni: che la diarrea provoca disidratazione, collasso e modificazione dell'equilibrio acido-basico per eccessiva perdita di basi colle feci.

In tutti i casi di diarrea dei bambini, il bambino dovrà essere considerato come affetto da malattia infettiva e quindi pericoloso per gli altri (disinfezione del vaso, ecc.). Utile è l'uso del letto d'acqua calda, che permette di tenere il bambino ad una temperatura costante.

Contro la disidratazione, se non c'è vomito si somministrerà acqua per bocca (acqua con 5 % di glucosio). Se c'è vomito, si faranno ipodermoclisi o fleboclisi.

Alcuni consigliano le trasfusioni sanguigne. Ma la loro efficacia è discutibile ed esse sono controindicate quando c'è cianosi, mentre la loro utilità è indubbia quando si ha un'anemia secondaria.

La diarrea è più frequente nei bambini allattati artificialmente. In tutt'e due i casi si tratta spesso di errore nell'alimentazione. Se l'allattamento è al seno, è utile sospenderlo per 24-48 ore. Tanto in questo caso che nel caso di allattamento artificiale si darà acqua glucosata e succo di aranci.

La somministrazione di olio di ricino come inizio della cura medicamentosa è una pratica tradizionale che non trova giustificazione nei suoi risultati. L'oppio non si deve dare ai bambini. In casi di acidosi sono indicati gli alcalini. Se c'è vomito gli alcalini non si daranno, perchè il vomito può di per sè trasformare una acidosi in alcalosi.

Nei bambini più grandi la cura è uguale a quella degli adulti. La dieta con mele acerbe è di uso comune in Germania da molto tempo, ma recentemente anche i medici hanno scoperto che è efficace, secondo Moro, per il contenuto in tannino.

Se c'è tenesmo si possono fare clisteri salini caldi, ma solo nei bambini più grandicelli e con molta delicatezza.

Nel morbo celiaco, in cui la diarrea è dovuta alla deficienza di assorbimento di grassi e idrati di carbonio, e le feci sono abbondanti, untuose e di cattivo odore, è difficile dare una dieta che riesca appetitosa al bambino. Da principio si dà latte con acido lattico. Quando le feci cominciano a ritornare normali si può dare una banana e dell'olio di fegato. Successivamente si può dare riso, pane abbrustolito. Si deve ricordare che è necessario somministrare delle vitamine. Quando l'olio di fegato non è tollerato si darà l'ergosterolo irradiato.

Ci sono delle forme di diarrea pancreatica che somigliano molto al morbo celiaco. Se ne differenziano sopra tutto per l'efficacia degli estratti pancreatici.

La diarrea nervosa è frequente nei bambini e si curerà migliorando lo stato generale. La diarrea lienterica si vince spesso con piccole dosi di arsenico e di oppio una ventina di minuti prima dei pasti.

La presenza di muco e sangue nelle feci, deve far sospettare la dissenteria. Se la diagnosi di dissenteria bacillare è confermata dagli esami batteriologici sono utili il solfato di magnesia usato quotidianamente e il siero polivalente.

R. LUSENA.

Il borato di sodio nelle diarree infantili.

Ed. Clouzel (*Bull. Acad. méd.*, 17 ott. 1933) riferisce di avere usato con successo il borato di sodio in bambini di 1-2 anni, alla dose di 2-4 grammi *per os*, al giorno. Lo si scioglie in un po' di tisana zuccherata di foglie di noce; se ne fanno altresì clisteri mattina e sera, dopo un bagno tiepido della durata di una diecina di minuti, aggiungendo all'acqua un pugno di sale da cucina ed un infuso molto concentrato di foglie di noce. È noto che queste sono ricche di diastasi tanniche, di cui l'azione antisettica sull'intestino non è trascurabile.

Il borato di sodio agisce anzitutto come alcalino, modificando la reazione acida morbosa dell'ambiente intestinale. Non è trascurabile l'effetto sul sistema nervoso. *fil.*

Contributo alla terapia dell'ulcera gastroduodenale con il benzoato di sodio.

W. Melocchi (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 48, 26 novembre 1933), dopo avere enunciato le varie teorie patogenetiche e le terapie dietetiche e mediche dell'ulcera gastroduodenale, passa a trattare della cura di questa affezione con le iniezioni endovenose di benzoato di Na.

Il trattamento col benzoato di sodio è stato istituito dall'A., in 17 casi di ulceri gastroduodenali accertate radiologicamente, nella dose giornaliera di cc. 2 di una soluzione del 25 %, associandovi riposo quasi assoluto ed una particolare dieta.

Dall'esame delle storie cliniche riportate si vede che in otto casi si è avuta scomparsa dei sintomi soggettivi, obbiettivi e radiologici, in quattro casi notevole miglioramento rappresentato dalla scomparsa dei sintomi subbiettivi ed obbiettivi e riduzione, alla radiografia, dell'immagine di nicchia, in quattro casi miglioramento notevole con scomparsa dei sintomi subbiettivi, obbiettivi e radiologici, ma ricaduta alla primitiva sintomatologia in un periodo di tempo da due a quattro mesi, infine, in un caso, risultato completamente negativo.

L'A., in seguito a questi risultati, ritiene che

il benzoato di Na. agisce favorevolmente nella cura dell'ulcera gastro-duodenale, inquantochè, in un tempo più breve di qualsiasi altra terapia, fa scomparire il dolore e crea le condizioni favorevoli per un eventuale processo di cicatrizzazione.

Circa il meccanismo di azione del benzoato di Na., il Bazzano pensa che esso agisca oltrechè spostando lo stato di acidosi dell'organismo verso quello di alcalosi, anche perchè esercita un'azione favorevole sui tessuti preparando i fattori che determinano le riparazioni, e perchè diminuisce il potere proteolitico del succo gastrico inibendo il fenomeno di autodigestione gastrica. Questa interpretazione non fa escludere che il benzoato di sodio, essendo un derivato del fenolo, abbia, nell'organismo, prima di tutto un'azione antisettica, poi analgesica e quindi antispastica.

L'A. conclude dicendo che alla cura col benzoato di sodio è necessario associare il riposo assoluto ed uno scrupoloso regime alimentare, fattori indispensabili per diminuire i pericoli delle recidive.

* * *

Un altro ragguardevole contributo alla terapia dell'ulcera gastroduodenale col benzoato di sodio, per la giusta valutazione dei fatti osservati, hanno portato A. Pozzi e L. Sforza (*Policl.*, Sez. Med., a. XL, 1933) presentando una statistica di circa 20 casi, tutti accertati radiologicamente. I pazienti sono stati tenuti ad una dieta priva di carne, di sughi e di alcool, ed il medicamento è stato introdotto per via endovenosa (50 centg. in 2 cc. di acqua) quotidianamente ed a digiuno, senza che si fosse verificato alcun inconveniente anche nei casi nei quali è stato oltrepassato il numero di 100 iniezioni.

I predetti AA. hanno osservato che il primo sintoma ad essere influenzato è il dolore epigastrico e che le modificazioni radiologiche sono state rilevate solo dopo la 60ª-70ª iniezione; le ulcere della piccola curvatura hanno, radiologicamente, risentito prima, dei benefici effetti della cura; però spesso non esiste corrispondenza fra miglioramento clinico e modificazioni radiologiche. In alcuni casi, a cura avanzata, la nicchia non appare più visi[illegible] o per lo meno la sua ricerca è molto difficile, sì da renderne dubbia la presenza; pertanto l'attenuazione di tutta la sintomatologia radiologica non autorizza a concludere per la guarigione, poichè dopo un'apparente scomparsa di tutta la sindrome di Akereund il paziente può ritornare con una recidiva evidente.

Tutto sommato, secondo gli AA. il benzoato di Na rappresenta la migliore delle varie cure mediche dell'ulcera gastro-duodenale in quanto i pp. possono tornare subito ad un'alimentazione quasi normale e possono riprendere le loro abituali occupazioni e gli AA. non sono alieni dall'attribuire unicamente a tale medicamento, il miglioramento clinico che si verifica nei pazienti trattati; il benzoato di Na è di scarsa efficacia quando coesiste una sindrome addominale destra. M. PLASTINA.

Sulla colite mucosa.

In una riunione della Società Reale di Medicina (Londra 19 gennaio 1934), si è molto discusso su questo tema.

Senza riportare gli argomenti addotti dai singoli oratori, basterà ricordare alcuni punti più interessanti per il medico pratico:

1) la colite mucosa in sè e per sè è rara: nel maggior numero dei casi si tratta invece di malattie di organi vicini (gastrite acloridrica) o di malattie del colon ma d'altra natura (carcinoma del colon).

2) l'uso dei lassativi o dei clisteri, per vincere lo spasmo che accompagna lo stato di irritazione mucosa, è estremamente dannosa: la causa della colite va ricercata spesso non tanto nella stipsi quanto nelle cure fatte per combatterla;

3) una autointossicazione da colon, in condizioni normali di transito del cibo, non esiste; e sola si verifica quando, per il difetto dell'acido cloridrico, gli alimenti vi giungono non bene digeriti e vi subiscono processi di putrefazione;

4) gli unici lavaggi che non fanno del male e possono esser utili, sono quelli di soluzioni saline ipotoniche tiepide: terpentina, sapone ecc. devono assolutamente escludersi.

V. SERRA.

La cura dell'autointossicazione intestinale.

Il vecchio concetto dell'autointossicazione intestinale ritorna in onore. E. Becher (*Medizinische Welt*, 23 dic. 1933) tratta l'argomento, ammettendo che nella costipazione si possono avere disturbi vari, come: eccitabilità, stancabilità, depressione, svogliatezza per il lavoro, che scompaiono con la cura. In tali condizioni, aumenta l'eliminazione dei veleni intestinali, che arrivano poi nel sangue. Le cure idropiniche sono consigliabili e possono farsi anche in casi con un certo grado di insufficienza renale, tale che non controindichi l'ingestione di liquidi.

Importante è la dieta adatta essenzialmente povera di proteine e latto-vegetariana, con inclusione di giorni a dieta grezza. L'albumina va ridotta ad 1 grammo ed anche a g. 0,8÷0,6 per kg. di peso corporeo; una parte dell'albumina può essere sostituita con gelatina, che contiene pochi o punti aminoacidi aromatici, dai quali, per opera dei batteri della putrefazione, si formano nell'intestino dei tossici aromatici.

Si è tentato di disinfettare l'intestino; si può dare a tale scopo il calomelano, con cui si andrà cauti nella insufficienza renale. Recente-

mente è stato consigliato il triclorocresolo; sono anche raccomandati alcuni preparati speciali (di aglio ed altri), nonchè la tripaflavina.

All'adatta terapia, si associeranno gli assorbenti, come il carbone assorbente, che però determina una stitichezza ostinata.

Oltre ai vari preparati lattici (tipo yoghurt), sono consigliati la sonda duodenale a permanenza e le cure di sudore, che vengono ben sopportate purchè si sostituisca una conveniente quantità di acqua. Utile, specialmente nei casi con cirrosi epatica ed insufficienza renale, l'uso di piccole quantità di insulina associata all'ingestione di glucosio. *fil.*

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

L'impiego della membrana testacea delle uova degli uccelli in chirurgia.

Lampe (*Zbl. f. chir.*, n. 50, 1933) ha adoperato la membrana testacea di uovo di gallina, precedentemente bollito per 5 minuti, nella cura di ferite e ulcerazioni, e come materiale di protezione intorno a una sutura nervosa. I risultati sono stati molto soddisfacenti.

Nella cura delle ulcere cutanee la membrana, posta al di sopra dell'ulcera, aderisce intimamente ai suoi margini formando una camera umida entro la quale le granulazioni rapidamente si modificano e l'epitelizzazione marginale diviene attiva. Se vi è secrezione abbondante, questa esce attraverso una piccola zona di distacco della membrana che può essere spontaneo, o può farsi appositamente. In questi casi è consigliabile dopo qualche giorno staccare tutta la membrana e attaccarne della nuova. Spesso dopo 2-3 medicature la secrezione è così scarsa che l'epitelizzazione dell'ulcera evolve indisturbata come nel processo di guarigione sotto crosta.

L'A. illustra con argomentazioni istologiche e bio-chimiche l'azione della membrana testacea nel processo di guarigione delle ferite e delle ulcerazioni.

Inoltre l'A. preconizza l'uso più esteso di questo materiale: nelle suture arteriose, nelle plastiche della dura madre, per tappezzare cavità ossee, nelle ferite delle labbra, come rivestimento della sutura sierosa del moncone duodenale, ecc., per la facilità e la stabilità con cui questo materiale si fissa ai diversi tessuti.

G. Pacetto.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Alterazione delle glandole salivari negli anofeli infetti.

A. Giovannola (*Rivista di Malariologia*, novembre-dicembre 1933, 2 tav.) ha eseguito interessanti osservazioni sulle glandole salivari di anofeli infetti da malaria. Si riconoscono già ad un modico ingrandimento, di 10 diametri; difatti sul vetrino si mostrano molto più larghe (il lobulo medio, invece di misurare micron 83 al massimo, giunge a 115-126 ed i lobuli laterali invece di 73-98 ne misurano 115-126).

Queste maggiori dimensioni non sono dovute ad aumento di volume, ma a minore consistenza, per modo che le glandole si appiattiscono sul vetrino. Tale comportamento si rileva bene ad un ingrandimento maggiore, di 80 diametri; invece di mostrarsi gonfie, alquanto rigide, elastiche, come normalmente, sono slargate, mollicce ed anelastiche. Inoltre si nota che il colore è alterato: invece di essere di un grigio perlaceo e semitrasparente, come le glandole normali, sono brunastre ed opache. La superficie, invece di essere liscia, è granulare. Non rifrangono la luce, come quelle normali. Sono estremamente fragili.

È chiaro che la malaria, oltre ad essere una malattia per l'uomo, lo è anche per l'insetto vettore, in cui determina profonde alterazioni degli organi più parassitati: le glandole salivari.

Queste differenze, molto manifeste, permettono d'indirizzarsi nella ricerca degli anofeli infettanti, senza bisogno di ricercare gli sporozoiti presenti nelle glandole salivari. Dunque esse hanno un valore pratico evidente.

g. t.

VARIA

Infortuni automobilistici da insulina.

Un autista senza precedenti di ubbriachezza guidava, a Londra, quasi a passo d'uomo: tuttavia andò ad investire tre veicoli fuori della sua mano; invece di arrestarsi, andò ancora ad urtare contro un furgone fermo e fu sbalzato a terra ove rimase in stato di semi-incoscienza. Il sanitario della Polizia accertò trattarsi di un caso di diabete curato con dose eccessiva d'insulina, il dott. George Graham, noto studioso del diabete, confermò la diagnosi d'iperinsulismo acuto provocato. Seguì condanna ad una ammenda lievissima ed a rifusione di danni (fra tutto circa 700 lire); la licenza di circolazione è stata sospesa per 5 anni, ma potrà concedersi di nuovo, dopo soli 6 mesi, su parere di un medico.

Questo caso ne lumeggia un altro occorso tempo addietro ad un medico, il quale guidava la propria automobile e fu fermato da un agente perchè accusato di ubbriachezza; egli sostenne di essere in stato di ipoglicemia, sotto l'azione di una dose troppo alta d'insulina; morì prima del processo, per diabete.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

H. Bracci-Torsi. *Triptofano e istidina agenti ematogeni.* — Tip. Percotto, Udine, 1933.

L. Lopes Parreira. *Un caso clinico de adenitis bacilares.* — Barcelona, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Le manifestazioni nazionali antitubercolari per l'anno XII.

Il Ministero degli Interni (Direzione Generale di Sanità) ha inviato il 3 febbraio scorso al Presidente della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi la seguente lettera:

« In ossequio alle superiori disposizioni, si avverte la S. V. che per il corrente anno, le due manifestazioni " Giornata della Croce Rossa " e " Giornata del Fiore e della Doppia Croce ", dovranno svolgersi entrambe nello stesso giorno, e cioè nella Domenica delle Palme.

Ognuno dei due Enti potrà provvedere ciascuno per proprio conto e con i mezzi a propria disposizione, alla propaganda ed alla organizzazione della manifestazione, restando inteso che i proventi complessivi, depurati delle spese, da contenersi entro i limiti della più stretta parsimonia, dovranno essere ripartiti nel modo seguente: metà alla Croce Rossa Italiana per le sue finalità, con particolare riguardo alla assistenza dei tubercolotici poveri, nelle provincie dove i fondi sono stati raccolti; metà ai Consorzi Provinciali Antitubercolari, da destinarsi esclusivamente per l'assistenza di tubercolotici poveri, nelle provincie dove i fondi sono stati raccolti.

Mentre si fa riserva di precisare le modalità per l'attuazione pratica del riparto dei proventi netti, e del controllo che questo Ministero desidera esercitare sulla gestione finanziaria delle due manifestazioni, si rivolge preghiera alla S. V. di trasmettere quanto più presto possibile il programma per lo svolgimento della manifestazione che riguarda codesto Ente ».

Pel Ministro

F.to: BUFFARINI.

A questa lettera molto opportunamente e tempestivamente la Federazione Ital. Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi rispondeva così:

Alla Direzione Gen. di Sanità Pubblica
Ministero dell'Interno - ROMA

« In risposta alla lettera in data 3 febbraio 1934 N. 20300.20-319, si comunica che questa Federazione in ossequio alle superiori disposizioni ottempererà a quanto è stato deciso circa la organizzazione e propaganda, per proprio conto e con mezzi a disposizione, della prossima " Giornata del Fiore " che coinciderà nello stesso giorno in cui si effettuerà la " Giornata della Croce Rossa ".

In quanto al programma si crede opportuno segnalare a codesto Superiore Dicastero che la data scelta del 25 marzo, Domenica delle Palme, coincide colle elezioni politiche, giorno da ritenersi poco adatto per una manifestazione di propaganda nazionale a scopo di difesa sociale della razza.

Si propone la data del 15 aprile.

Circa il programma da attuare si crede utile seguire ancora le direttive date da codesta Superiore Direzione e seguite con riconosciuto successo negli anni precedenti.

Queste direttive si possono sintetizzare in questi capisaldi:

1) Unitarietà del materiale, lasciando una certa larghezza di scelta ai singoli Consorzi; oggetti prevalentemente simbolici, di bassissimo costo ed aderenti il più possibile alle particolari esigenze locali;

2) Propaganda intensa e multiforme, a carattere nuovo, che tende a mettere sempre più in rilievo, nei varî gruppi demografici della Nazione, l'enorme sforzo fatto dal Regime nella lotta contro la tubercolosi.

Per la IV Campagna Nazionale del bollo antitubercolare chiudilettera, che secondo l'ordine del giorno trasmesso da codesta Superiore Direzione in data 2 dicembre 1933 N. di prot. 20.300.46054 A. T. avrà durata non più di 35 giorni ma di 20 e sarà fatta ad esclusivo beneficio dei Consorzi Provinciali Antitubercolari, saranno seguìti gli stessi criteri, ancora più perfezionati, degli anni scorsi.

Questa Federazione, dato il tempo limitato, è già al lavoro, nella fase realizzatrice di entrambe le manifestazioni ».

Il Presidente

F.to: On. Prof. FAFFAELE PAOLUCCI.

Il Segretario Generale

F.to: Prof. FEDERIGO BOCCHETTI.

La Direzione Generale di Sanità comunicava allora che le manifestazioni dovranno avere inizio con il giorno 8 aprile.

L'8 aprile sarà celebrata la " Giornata del Fiore e della Doppia Croce " e — come è facile rilevare dalla lettera del Ministero dell'Interno — nello stesso giorno la Croce Rossa Italiana celebrerà anche la sua Giornata.

Si ritiene opportuno chiarire, inoltre, che la IV Campagna del Francobollo antitubercolare chiudilettera durerà, pertanto, dal 9 al 29 aprile.

Questa prima tempestiva comunicazione ha lo scopo di orientare iniziative e responsabilità, che dovranno tendere a superare il successo delle manifestazioni degli anni scorsi.

Seguiranno norme ed istruzioni dettagliate, e il Catalogo del materiale di propaganda e di vendita, il quale anche quest'anno — in ossequio alle superiori disposizioni — dovrà avere carattere strettamente unitario e nazionale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGUGLIANO (*Ancona*). — Scad. 30° giorno dal 2 marzo, ore 13; pel capoluogo; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000-2000-1000 trasp., L. 600 se uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 2 mar.

ANCONA. *R. Prefettura*. — Fino alle ore 18 del 30 aprile 1934 rimane aperto il concorso per titoli e per esami al posto di Ufficiale Sanitario, capo dell'Ufficio di igiene del Comune di Fabriano. Stipendio iniziale L. 10.000 annue, lorde, suscettibile di dieci aumenti biennali del ventesimo e indennità caro vita fino a quando verrà corrisposta all'altro personale del Comune. Età non superiore agli anni 45 salvo le eccezioni di legge. Le domande, con allegata la bolletta della Cassa comunale di Fabriano comprovante il pagamento della tassa di L. 50, debbono esser dirette alla R. Prefettura di Ancona. A richiesta, il Comune di Fabriano rimette esemplare dell'avviso di concorso.

CAMPOBASSO. *Comune*. — Scad. 15 mag.; 2ª e 3ª condotta; L. 3000 e 3 quinquenni dec.

CASALFIUMANESE (*Bologna*). — Scad. 5 apr.; per frazione; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50.

CASTELBOGLIONE (*Alessandria*). — Concorso per titoli al posto di medico condotto. Stipendio lire 8000. Indennità di cavalcatura da stabilirsi annualmente. Se incaricato delle funzioni di Ufficiale Sanitario L. 500 annue. Il tutto soggetto alle riduzioni di legge. Scadenza quindici aprile 1934. Chiedere avviso all'Ufficio Comunale.

CASTELLUCCHIO (*Mantova*). — Scad. 16 apr.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 cavallo o autom., L. 500 ambulat., L. 900 se uff. san., c.-v.; tassa L. 50.

CASTELTERMINI (*Agrigento*). — Scad. 15 maggio; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50.

CATTOLICA. — (Vedi FORLÌ).

CETONA (*Siena*). — Scad. 10 apr.; pel capoluogo; L. 8500 e 6 quadrienni dec., c.-v., L. 3500 cavalc.; riduz. 12 %; età massima 35 anni s. e. r.; tassa L. 50,10.

COTTANELLO (*Rieti*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CUCCARO MONFERRATO (*Alessandria*). — Concorso al posto di medico condotto. Scadenza 30 aprile 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria comunale.

DESANA (*Vercelli*). — Scad. 15 apr.; L. 8000 per 400 pov., addizion. L. 5, 10 bienni ventes., L. 500 bicicletta, c.-v., L. 150 ambulat., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10. *Boll. Naz.*, 12 mar.

FABRIANO. — (Vedi ANCONA).

FORIO D'ISCHIA (*Napoli*). — Scad. 29 apr.; per Panza; L. 9500 al lordo del 12 % e delle prescritte ritenute.

FROSINONE. *Amministrazione Provinciale*. — È bandito pubblico concorso per esami e per titoli al posto di Coadiutore della Sezione Micrografica del Laboratorio d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale di L. 11.000; servizio attivo 20 %; dieci aumenti biennali del 5 %; ritenute di legge. Termine massimo per la presentazione della domanda documentata 25 aprile 1934. Per ogni altra informazione rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Frosinone.

ISOLA DEL GRAN SASSO D'ITALIA (*Teramo*). — Scad. 31 mar.; L. 8000 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

LIDO DI VENEZIA, *Ospedale al Mare*. — Scad. 30 apr., ore 18; primario aggiunto chirurgo; L. 12.000 e 2 quadrienni di L. 840 e 900 oltre L. 2500 serv. att. e competenze accessorie; tassa L. 50 al Tesoriere della P. O.; età limite 35 a.; 5 anni come assistente effettivo in reparto chirurgico-ortopedico di Cliniche universitarie o di Ospedali non inferiori a 200 letti di divisione chirurgica; doc. a 3 mesi dal 15 febbr.

MESSINA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 24 mar.; 4 medici capo-sezioni secondari dell'Ospedale psichiatrico provinc.; L. 11.600 e 3 quadrienni di L. 600, 700 e 800; serv. att. L. 2800.

MOLITERNO (*Potenza*). — Scad. 15 apr.; L. 6000 e 6 quadrienni dodicesimo.

MONTECASTRILLI (*Terni*). — Scad. 30 apr.; per Avigliano; L. 8000 oltre L. 4000 trasp., c.-v., L. 600 serv. att.

MONTEFERRANTE (*Chieti*). — Concorso medico. Per titoli. Stipendio L. 10.000. Età massima anni 40. Scadenza 6 maggio 1934.

PABILLONIS (*Cagliari*). — Scad. 30 mar.; L. 8500 comprese mansioni uff. san.; riducibili 12 %; c.-v.; tassa L. 50,10.

PONCARALE-FLERO (*Brescia*). — Concorso per titoli al posto di Medico-Chirurgo condotto a condotta residenziale. Il territorio della condotta comprende 4711 abitanti dei quali 1270 inscritti nell'elenco dei poveri. Trovasi a 10 Km. da Brescia collegata con tramvia. Lo stipendio iniziale è di L. 9000 annue, con diritto a sei aumenti quinquennali del decimo dello stipendio, a partire dal giorno dell'assunzione in servizio. Saranno inoltre corrisposte annue L. 3000 per indennità di trasporto con cavallo o automobile e L. 800 per la carica di Ufficiale Sanitario, nonchè L. 1500 pel servizio nei due ambulatori Comunali. Per ogni povero inscritto nell'elenco in più del 20 % della popolazione sarà corrisposta la cifra di L. 3. Sarà pure corrisposta l'indennità caro-viveri a norma di legge. Lo stipendio e le indennità sono soggette alla riduzione del 12 % ed alle trattenute di legge. Il concorso resta aperto fino alle ore diciotto del giorno 31 maggio 1934-XII. Le domande, in carta legale, dovranno essere corredate da tutti i documenti di rito, legalizzati secondo le disposizioni di legge. L'eletto dovrà assumere la condotta entro 30 giorni dalla data della partecipazione della nomina, sotto pena di decadenza, e sarà tenuto ad abitare permanentemente in Poncarale (capoluogo). Il capitolato di servizio trovasi ostensibile presso la Segreteria. Poncarale, 1° marzo 1934-XII.

RAVENNA, *Comune*. — Scad. 31 mar.; per Godo; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2500 trasp., c.-v., L. 1250 serv. att.; età limite 40 a.

SCICLI (*Ragusa*). *Ospedale Busacca*. — Posto di Primario Chirurgo. Per titoli. Stipendio L. 10.000

lorde 12 %, delle quali 4000 a carico Sanatorio annesso durante suo funzionamento. Compartecipazione 50 % sui proventi operazioni a pagamento. Obbligo prestazione opera sua tre volte almeno la settimana. Età massima 55 anni. Sei anni pratica ospedaliera di cui tre aiuto od assistente effettivo presso Cliniche universitarie o di grande Ospedale. Chiarimenti alla Segreteria. Scadenza 30 aprile 1934-XII.

TERNI. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore per la Sezione Chimica e Coadiutore per la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Per ciascun posto: stipendio L. 12.000; cinque scatti quinquennali di L. 1100 ognuno; servizio attivo L. 2400; caro-viveri come per gli altri dipendenti della Provincia. Stipendio e indennità sono al lordo trattenute di legge e della riduzione 12 %, giusta R. D. L. 20-XI-1930, n. 1491. Scadenza 30 aprile 1934-XII. Per chiarimenti e bando integrale rivolgersi alla Segreteria Amministrazione Provinciale di Terni.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 23 aprile 1934-XII, è aperto il concorso per titoli, ed eventualmente per esami, al posto di Chirurgo Primario della I Divisione. Assegno annuo L. 7500 lorde da ridurre del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuali indennità caro-viveri; compartecipazione negli emolumenti riscossi dall'O. P. per cure dozzinanti. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

VENEZIA. — (Vedi LIDO DI VENEZIA).

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Con provvedimento di S. E. il Ministro dell'Interno il comm. dott. Nicola Consoli, medico provinciale, dirigente da otto anni i servizi antimalarici della Sicilia, è stato trasferito a Roma con l'incarico della direzione dei servizi sanitari e di lotta antimalarica che la Croce Rossa Italiana compie nella nuova provincia di Littoria ed in tutto l'Agro Pontino, redento dal Duce. Tale direzione era stata finora affidata all'insigne malariologo prof. Alessandrini.

Il medico provinciale di Palermo cav. uff. Enrico Calamida, ha avuto l'incarico della continuazione dell'Opera Antimalarica iniziata dal dott. Consoli presso il Provveditorato alle Opere pubbliche per la Sicilia.

L'Associazione Medica Triestina ha assegnato il premio G. Nicolich ai soci proff. L. Brunetti e C. Koch per il loro lavoro « Indagini radiologiche negli anisometropici ».

Il prof. Gosset è nominato membro dell'Accademia delle Scienze di Parigi, al posto divenuto vacante per la morte del prof. Quénu.

Il dott. Carlo Schneider, primario nell'Ospedale psichiatrico di Bethel, è chiamato alla cattedra di psichiatria dell'Università di Heidelberg.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Ha tenuto la sua seduta plenaria in Roma, al Palazzo Venezia, sotto la presidenza del Capo del Governo.

Il presidente, sen. Marconi, tenne la relazione sull'opera scientifica svolta dall'Ente.

Per quanto riguarda la medicina e l'igiene, i problemi più importanti affrontati riguardano: l'eventuale forma submicroscopica degli ematozoi malarici; la differenziazione di ceppi di questi parassiti, particolarmente idonei a scopi terapeutici; l'utilizzazione del siero di convalescenti da malattie infettive; l'anchilostomiasi; il reumatismo cronico; le malattie da lesioni delle paratiroidi; la tossicità di alcuni alcooli; i problemi dell'alimentazione ecc.

Il sen. Marconi ha posto in piena luce l'importanza che spetta ai laboratori scientifici per i progressi incessanti che l'umanità viene realizzando.

Il Duce ha rilevato che, dalla vasta e complessa relazione, tutti gli Italiani potranno constatare la complessa e poderosa opera del C. N. R., il quale deve funzionare come lo Stato Maggiore di tutti i ricercatori italiani, perfettamente sicuri che esso, nel suo organo centrale e negli organi periferici, risponderà in pieno alle speranze ed alle certezze del Regime.

1° Congresso internazionale di gastro-enterologia.

È indetto a Bruxelles dal 5 al 7 agosto, sotto la presidenza del dott. J. Schoemaker (La Aia); vice-presidente i dottori J. de Moor (Bruxelles) e Ide (Lovanio); segretario generale il dott. G. Brohée (rue de la Concorde 64, Bruxelles). Temi « Le gastriti » (relatori: A. F. Hurst, W. Zweig, Konjetzny, Parchoud, Berg, F. Moutier, G. Lion); « Le coliti ulcerative gravi non amebiche » (relatori: Gallart-Monès, Snapper, Lardennois, M. Donati, Dall'Acqua, Dustin, Wimtrup, Goiffon).

Congresso francese delle scienze.

L'Associazione francese per il progresso delle scienze si adunerà dal 27 al 30 marzo a Rabat (Marocco). Tra le Sezioni sono le seguenti: di scienze mediche, presieduta dal dott. Blanc, direttore dell'Istituto Pasteur di Casablanca; d'igiene e medicina pubblica, presieduta dal dott. Colombani, direttore della sanità e dell'igiene del Marocco; di scienze farmaceutiche, presieduta dal prof. Sartory, della Facoltà di Farmacia di Strasburgo; d'odontologia, presieduta da Waltis Davy, della Scuola dentaria di Parigi. È in programma un'escursione nell'interno; durerà fino al 5 aprile. Quota a *forfait* compresa l'escursione (17 giorni fra tutto), da 2210 franchi in sopra. Rivolgersi al Dr. Verne, secrétaire du Conseil de l'Association française pour l'Avancement des Sciences, rue Serpente 28, Paris VIe.

Corsi di perfezionamento.

Il 52° Corso internazionale di perfezionamento, organizzato dalla Facoltà medica di Vienna, si svolgerà dal 28 maggio al 10 giugno e riguarderà i progressi della terapia. Tassa d'iscrizione 50 scellini austriaci. Si tengono molti altri corsi, riguardanti i varî rami della medicina. Chiedere informazioni a: Das Sekretariat der Internationalen Fortbilungskurse, Porzellangasse 22, Wien IX; oppure al: Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Alserstrasse 4, Wien IX.

L'assistenza sanitaria nell'Opera Balilla.

La Presidenza dell'Opera Nazionale Balilla, nell'intento di migliorare ed intensificare sempre più l'azione di assistenza sanitaria e di propaganda igienica, ha deciso l'assunzione di nuovo personale medico nei ranghi dell'Opera. Tale necessità dell'organizzazione, la Presidenza centrale intende risolverla assumendo medici di sicura fede fascista e di provato attaccamento all'istituzione, dando la preferenza ai medici giovani e cresciuti nell'atmosfera della Rivoluzione.

L'on. Ricci, con sua circolare ai Presidenti provinciali, ai fini della sorveglianza della crescenza fisica e psichica degli organizzati e ai fini dello sviluppo dell'organizzazione, interessa i sanitari dell'Opera a dare maggiore incremento alla visita medica degli organizzati. A tale scopo ha stabilito l'adozione di una cartella biotipologica nazionale. Questa cartella biotipologica è di quattro varietà: per Balilla, per Piccole Italiane, per Avanguardisti e per Giovani Italiane. Le cartelle dovranno essere aggiornate semestralmente. Qualora nelle visite mediche si presentassero fanciulli d'ambo i sessi, affetti da malattie e da difetti di crescenza, o sospetti di infezione tubercolare, è dovere del medico dell'Opera Balilla di segnalarli tempestivamente alle famiglie, e, se occorre, ai competenti organi di assistenza e profilassi sanitaria, provocando, a favore dei sospetti d'infezione tubercolare, l'intervento dei Consorzi per il trattamento curativo negli Istituti, creati dal Regime per la prevenzione e la cura delle malattie tubercolari.

Limitazione dell'impiego della margarina in usi alimentari.

Un decreto, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », stabilisce che a partire dal 16 aprile 1934 è vietato di detenere a scopo di vendita, vendere o mettere comunque in commercio, per impieghi alimentari quali succedanei del burro, i grassi e le miscele di cui al primo e al secondo comma dell'art. 28 del R. Decreto-legge 15 ottobre 1925.

Dalla stessa decorrenza, è parimenti vietato agli esercenti di stabilimenti per la fabbricazione di prodotti alimentari di impiegare per tale fabbricazione, quali succedanei del burro, le suddette sostanze. A tale divieto sono altresì soggetti i conduttori di pubblici esercizî, nei riguardi della preparazione delle vivande destinate alla consumazione o alla vendita al pubblico.

L'impiego alimentare dei detti grassi e miscele è consentito esclusivamente per la fabbricazione dei biscotti secchi sia stampati che siringati, anche farciti, e dei prodotti similari di pasticceria secca di lunga conservazione.

Ai fini di tale impiego i detti grassi e miscele dovranno essere spediti dalla fabbrica direttamente al biscottificio.

Le infrazioni alle presenti disposizioni sono punite con l'ammenda da lire cinquecento a cinquemila. Sarà in ogni caso ordinata la sospensione, per durata non superiore a un anno, dello stabilimento, negozio o esercizio nel quale l'infrazione si è verificata.

Esito di un concorso nell'educazione fisica.

La Reale Società Italiana d'Igiene, in esito a concorso bandito fra i medici italiani, ha assegnato i seguenti premi. Sul tema « L'educazione fisica giovanile nei rapporti con l'igiene », primo premio (L. 1000 per ciascuno) ai dottori Giuseppe Rolando (Torino) e Giorgio Del Guerra (Pisa); medaglia d'argento ai dottori G. Mantovani (Rho, Milano), G. Poggi-Longostrevi (Milano), A. Razzino (Teano, Napoli); medaglia di bronzo al dott. M. Gelsomini (Roma); menzione al dott. M. Lepore (Volturara Irpina, Avellino).

Sul tema « Criteri e limiti da adottarsi per la educazione fisica della donna », primo premio (L. 1000 per ciascuno) ai dottori Enrico Crispolti (Perugia) e Francesco De Francesco (Milano); medaglia d'argento ai dottori O. Ciacchi (Roma), L. Bubiani (Oropa, Vercelli), G. Poggi-Longostrevi (Milano), C. A. Luzzatti (Pallanza); medaglia di bronzo ai dottori A. Monastra (Aosta) e G. Antonelli (Viterbo); menzione al prof. F. Patti (Catania) e al dott. R. Cucugliata (Caltanissetta). Era stata premiata anche la prof.ssa Ines Cesarano (Genova), ma è stata dichiarata fuori concorso perchè non laureata in medicina.

Una visita di chirurghi inglesi a Roma.

Nei giorni scorsi un numeroso gruppo di chirurghi inglesi, per la massima parte di Londra, sono venuti a Roma allo scopo di visitare la città e le nuove sistemazioni, e di recarsi in cliniche e reparti chirurgici per assistere a operazioni chirurgiche e rendere visite ai colleghi italiani.

Il prof. Gask del St. Bartholomew's Hospital, era latore di un indirizzo del presidente del « Royal College of Surgeons » per i due soci onorari residenti a Roma, proff. R. Alessandri e R. Bastianelli.

I colleghi stranieri hanno assistito ad operazioni praticate nella R. Clinica Chirurgica dal prof. Alessandri ove furono loro mostrate anche proiezioni di cinematografie d'operazioni, come sono usate a scopo d'insegnamento, nella Clinica Privata del prof. Bastianelli, visitarono l'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura del cancro, e l'Ospedale del Littorio, ove assistettero ad operazioni nel reparto del prof. Chiasserini.

Sono ripartiti molto lieti e grati di quanto avevano veduto ed entusiasti delle nuove bellezze della città, che tutti avevano già conosciuta negli anni antecedenti.

Un grandioso ospedale psichiatrico negli Stati Uniti.

È in via di costruzione in California, presso Camarillo, nella contea Ventura, un ospedale psichiatrico statale che sarà capace di 6000 ricoverati. Va sorgendo su di un'area di circa 650 ettari e verrà a costare 7 milioni di dollari, cioè 84 milioni di lire it. Risulterà di 3 unità, del tutto indipendenti l'una dall'altra anche nei riguardi amministrativi; ciascuna di esse provvederà a 2000 pazienti. Ciascuna di queste divisioni comprenderà 22 padiglioni a 1 e 2 piani, disposti intorno ad un'area centrale e con molti cortili secondari; l'architettura sarà prevalentemente in stile spagnolo e italiano. Si spera che il 1° maggio prossimo potrà inaugurarsi un primo gruppo di padiglioni per 800 pazienti.

Per un'Accademia medica in Romania.

Il prof. Danielopolu, clinico medico di Bucarest, presidente dell'Associazione generale dei medici della Romania, ha sottoposto al Governo romeno,

nella propria qualità di rappresentante dell'Università di Bucarest al Senato, un progetto per la creazione in Romania di un'Accademia medica. Il progetto è stato approvato dal Governo e con tutta probabilità verrà attuato prossimamente.

Secondo il progetto, l'Accademia non si limiterà ad essere un'associazione scientifica, ma avrà parte nell'organizzazione sanitaria e nell'insegnamento medico. I ministri della sanità e della pubblica istruzione saranno tenuti a chiedere il parere dell'Accademia prima di presentare qualsiasi progetto di legge concernente questioni sanitarie. L'Accademia comprenderà due sezioni: una scientifica e l'altra d'organizzazione medica. Vi saranno membri titolari, associati e corrispondenti nazionali e stranieri; il numero dei membri sarà limitato. L'Accademia avrà un presidente e due vice-presidenti, dei quali uno per Sezione. Avrà una biblioteca, un museo e un bollettino; istituirà dei premi annuali.

Medici cacciatori e pescatori al Congresso medico di Quebec.

Un certo numero di medici, che si sono fatti iscrivere al Congresso medico francese, il quale si terrà a Quebec (Canadà) e del quale già demmo notizia, ha manifestato il desiderio di prendere parte ad azioni di caccia o di pesca. Il prof. Paquet, presidente del Congresso, emerito chirurgo e sportivo appassionato, si è occupato della questione, a favore dei congressisti sportivi. Egli si è adoperato perchè la tassa molto elevata imposta agli stranieri che intendono di darsi ai piaceri della caccia e della pesca nella provincia di Quebec, sia temperata. I cacciatori non dovranno sostenere che le spese personali di trasporto, guide, munizioni e alimentazione, il che importerà da 5 a 10 dollari canadesi il giorno. Il prof. Paquet aggiunge che molti invitati saranno ricevuti graziosamente nei diversi clubs, dai confratelli canadesi o dai loro amici proprietari di territori di caccia o membri regolari di questi clubs. È indispensabile che i congressisti desiderosi di cacciare o pescare s'inscrivano al più presto e facciano conoscere i loro *desiderata*.

Il congresso si terrà dal 27 al 30 agosto. Per informazioni rivolgersi a « Bruxelles-Médical », rue Belliard 141, Bruxelles, Belgio.

Azioni giudiziarie contro medici.

Il Tribunale Civile della Senna ha in esame una causa intentata contro tre medici *in solidum*, da due coniugi, Breissan. Questi chiedono un franco di danni e interessi da ciascuno di essi, nonchè la pubblicazione della sentenza di condanna su 10 giornali quotidiani. Ciò in seguito alla morte di una loro bambina curata dai tre medici, i quali avevano posto diagnosi di paratifoide senza usare la sieroreazione, mentre questa è prescritta come tassativa, per es. nel trattato di Widal, Lemierre e Abrami ed in quello di Besson.

Il Tribunale ha messo fuori causa uno dei tre medici, dott. Lemierre, perchè questi non ebbe in cura la bambina durante la malattia in discussione: parente dei Breissan, egli si limitò a consigliare prima un chirurgo, Dubois, e poi un medico, Brelet; venne chiamato quest'ultimo, che, insieme ad un altro medico, dott. Chevrel, ebbe in cura la bambina. Il Tribunale ha dichiarato non accoglibile la richiesta di pubblicazione della sentenza nei giornali, perchè non porterebbe ad una riparazione. Circa la richiesta dei danni e interessi, ha nominato un collegio peritale, nelle persone dei proff. Rathery, Giroux e Pagniez, per accertare: se vi fu errore da parte dei medici curanti, se esso era evitabile e se ha avuto la conseguenza di determinare od affrettare la morte.

* * *

La Corte d'Appello della California (1° Distretto, 1ª Divisione), confermando il giudizio di prima istanza, ha assolto un medico, dott. Abrons, il quale aveva diagnosticato una gravidanza normale; chiamato durante il travaglio di parto e poichè questo non avveniva, procedette ad un'applicazione di forcipe, la quale rimase infruttuosa; egli chiese l'assistenza di uno specialista, che eseguì una cesarea. Questa dimostrò la presenza di un grosso fibroma, dal quale era stato impedito il parto. Dopo 60 ore la donna decedeva. Il marito intentò causa contro il medico curante, per imperizia e per negligenza, basandosi sul giudizio di un medico, secondo il quale la diagnosi era possibile e non occorreva una cesarea, ma si sarebbe dovuto praticare una sinfisiotomia. Tanto il primo giudizio quanto il giudizio d'appello hanno riconosciuto che la condotta del medico sotto accusa è stata ineccepibile.

* * *

Demmo notizia delle frodi perpetrate ai danni delle assicurazioni sociali di Lilla e della condanna, da parte del Tribunale Correzionale di questa città, di molti imputati, tra cui tre medici di Lilla (a mesi 3, 8 e 12 di prigione, anni 3, 3 e 6 di sospensione dall'esercizio professionale, franchi 500, 1000 e 1000 di multa), mentre un medico di Parigi venne assolto. Il giudizio è giunto ora alla Corte d'Appello di Douai, la quale ha condannato anche il medico di Parigi, dott. Gely, che frattanto aveva riportato un'altra condanna, per fatti analoghi; ha aggravato le pene per gli altri tre medici (portando la prigione a mesi 6, 12 e 24).

Un po' dovunque.

Il 4° Congresso internazionale sul reumatismo è indetto — come abbiamo già annunziato — dalla Lega internazionale contro il reumatismo, nella città di Mosca, per i giorni 3-6 maggio. L'Italia vi sarà rappresentata da tre relatori: il prof. Cesare Frugoni tratterà la « Patologia del reumatismo acuto »; il prof. S. Pisani prenderà in esame « Il trattamento delle malattie reumatiche dell'apparato locomotore a mezzo del fango »; il prof. V. Palumbo svolgerà il tema: « Il trattamento del reumatismo coi bagni radioattivi ». Per informazioni rivolgersi, al più presto, all'ufficio della Lega, Keizersgracht 489, Amsterdam, Olanda.

La Lega francese contro il reumatismo si è riunita il 5 febbraio a Parigi, nell'anfiteatro della clinica medica all'Ospedale Cochin; la riunione fu organizzata dal prof. Mathieu e dal dott. Fl. Coste.

Nei giorni 21 e 22 aprile avrà luogo a Salsomaggiore un convegno di ginecologi dell'Alta Italia. Temi: « Le cure medico-fisiche conservatrici nel trattamento delle annessiti » (rel. I. Clivio); « Profilassi e cura della sterilità » (rel. E. Cova). Segreteria presso l'Ufficio Propaganda delle Regie Terme.

Si è tenuto a Cluj (Romania) un congresso d'idrologia e climatologia medica, sotto la presi-

denza del gen. med. Vicol. Tema discusso fu: il trattamento delle affezioni femminili con i mezzi balneo-climatici della Romania.

Nei giorni 26 dicembre e seguenti si sono tenute a Santiago del Cile le « giornate mediche cilene »; all'inaugurazione intervennero il presidente della Repubblica e rappresentanti dell'Argentina, Colombia, Paraguay, Perù, Uruguay. In quell'occasione si adunò anche la Società di tisiologia ed ebbe luogo la « seconda settimana di esperienza chirurgica ».

La Sezione triestina della Lega italiana contro il cancro tenne una seduta scientifica il 23 febbraio, sotto la presidenza del prof. G. Mann, assistito dal segretario dott. G. Macchioro. Furono fatte comunicazioni dai proff. Oliani e Mann.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata nei giorni 19 e 27 gennaio, 9 e 13 febbraio, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. F. Donini. Il prof. R. Pellegrini tenne una conferenza, il 27 gennaio, su « La biologia del miracolo ». Furono fatte comunicazioni dai dottori: prof. A. Dei Dossi, C. Macchiero, P. Tagliaferro, E. Catolla Cavalcanti, E. Ciavarino, prof. C. Ravasini.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 19 febbraio, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. P. Fabris. Furono fatte comunicazioni dai dottori Rossi, Tomasi (due comunicazioni), prof. Opocher, prof. Tramontini.

Un corso d'igiene pratica si terrà nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Palermo, a partire dal 20 aprile e per la durata di un bimestre; tassa L. 400; modalità consuete. Rivolgersi al direttore dell'Istituto, via Divisi 83, Palermo.

Presso l'Istituto di clinica medica della R. Università « Benito Mussolini » di Bari sono stati organizzati due corsi: 1° « Le cure d'estate (al mare, sorgenti minerali, in montagna, in campagna ecc.), dal 30 aprile al 6 maggio; 2° « Corso di aggiornamento e revisione », dal 2 all'8 giugno. I due corsi sono gratuiti e riservati a medici. Chiedere i programmi al direttore dell'Istituto.

Il prof. Giovanni Truffi ha tenuto una conferenza al corso superiore di dermatologia organizzato nell'Ospedale Saint-Louis di Parigi; l'argomento trattato riguardava « La coltura di germi patogeni su tessuti morti e la sua importanza nel campo dermatologico ».

In occasione dell'inaugurazione del nuovo anno sociale dell'Accademia Medica Lombarda, dopo la relazione morale, fatta dal presidente prof. Carlo Baslini, il prof. Luigi Zoja tenne una conferenza sul tema: « La cura ambulatoria dei diabetici ».

Il prof. Mariano Messini svolge, nella R. Clinica Medica di Roma, per incarico del direttore prof. Frugoni, un corso d'idrologia medica. Nella prolusione ha trattato il tema: « L'idrologia nella sua esatta interpretazione e nella sua applicazione pratica ».

L'Ospedale Civile del S. Salvatore in Aquila è in via di ampliamento e sistemazione; porterà la sua capienza da 81 letti a 184 e sarà, così, in grado di corrispondere a tutte le esigenze sanitarie del capoluogo e della zona limitrofa.

Il G.U.F. di Trieste ha istituito, nella sua nuova sede in via Rossini, un ambulatorio medico, destinato agli universitari, che saranno assistiti gratuitamente dai laureandi medici tratti dalle sue fila. Speciale attenzione sarà data all'assistenza medica sportiva, in modo da vigilare continuamente tutti gli atleti, dato il grande sviluppo raggiunto dallo sport fra gli studenti.

Ad Amburgo è stato fondato un istituto per aviatori, onde studiare in maniera scientifica e completa l'organismo degli allievi aviatori per quanto riguarda la loro resistenza fisica e per abituarli ad affrontare tutte le eventualità che possono prodursi durante il volo.

Un gruppo d'autorità ha visitato, nei giardini del palazzo Margherita a Roma, un'auto-ambulanza radio-chirurgica che la Cassa Mutua Umbro-Laziale per gl'infortuni agricoli ha approntato.

Il comm. David Sagrini e la sorella Zenaide hanno fatto donazione, all'Opera Pia Ospedale Civile di Fermo, di 150.000 lire.

Il sig. A. Andreotti, morto a Bologna il 12 gennaio, ha legato all'Istituto Pizzardi la massima parte delle sue sostanze, e cioè 900.000 lire.

La signorina Nisia Symington, figlia del noto anatomico, ha lasciato la sua fortuna, di circa 9000 sterline (oltre mezzo milione di lire), alla Società anatomica della Gran Bretagna e Irlanda, per ricerche di anatomia.

Il prof. H. G. Wetherill, che fu a lungo clinico ostetrico dell'Università di Colorado, ha ora donato a questa università un campo sportivo, esteso un ettaro e mezzo; esso porterà il suo nome.

Con R. Decreto 22 genn. 1934 è revocata la dichiarazione di zona malarica per il territorio dei comuni di Castelvecchio e Rivodutri (Rieti).

In Prussia è stata vietata la propaganda contro la vaccinazione jenneriana, come pure il rilascio di certificati medici per l'esenzione dalla vaccinazione jenneriana senza un preliminare esame accurato e coscienzioso.

Il Consiglio Sanitario del Perù ha ammesso la concessione dell'esclusiva per le importazioni di specialità farmaceutiche. Il marchio di fabbrica sarà deposto presso il Registro del Commercio e garantirà i diritti degli inventori e dei fabbricanti.

A Cuba sono state riconosciute, come organismi legali, la « Federazione medica cubana », il cui nome viene trasformato in « Collegio Medico Nazionale », e l'« Associazione farmaceutica nazionale ». I due enti sono incaricati di sorvegliare l'esercizio delle due professioni di medico e di farmacista. Per esercitare queste professioni a Cuba occorrerà essere diplomato dall'Università di Avana o possedere un titolo straniero equivalente e far parte di una delle predette associazioni.

L'Accademia di Medicina di Parigi, in segno di lutto per la morte del Re Alberto I, dopo aver ascoltato l'elogio del compianto Sovrano, da parte del presidente dott. Siredey, sospese la seduta. Furono inviate condoglianze all'Accademia di me-

dicina del Belgio ed ai soci belgi. Anche alla Società Medica degli Ospedali di Parigi è stato commemorato il Re dei Belgi, dal presidente prof. Carnot.

Il 20 febbraio, per iniziativa della « Gazzetta Medica Siciliana », vennero rese cordiali onoranze al prof. Liborio Giuffrè, in occasione dell'80° compleanno dell'illustre clinico; professori, allievi, amici, si recarono a portargli dei fiori; la riunione fu anche allietata da gentili signore.

Sono state rese solenni onoranze al dott. Gennaro Bechi, nel 25° anniversario di direzione dell'Ospedale di Chiusi: gli sono stati offerti un album coperto di firme dagli amici ed estimatori, una medaglia d'oro dall'amministrazione ospedaliera ed una targa di bronzo dalla cittadinanza.

Il prof. W. H. Wilmer lascerà col 1° luglio la cattedra di oftalmologia dell'Università Johns Hopkins di Baltimora, in seguito a nuove disposizioni, che fissano a 70 anni il limite d'età per gl'insegnanti della Facoltà medica.

Il « Consiglio deliberante » (municipale) di Buenos Aires, in omaggio al dott. Julio Mendez, ha sospeso, nei suoi riguardi, il progetto che esclude dal servizio attivo tutti i capi di sale ospedaliere (primarî) che abbiano sorpassato i 65 anni.

Il dott. Felice Diana, radiologo nell'Ospedale Civile di Alessandria, ha subìto l'amputazione di parte della mano sinistra, in conseguenza di una radiodermite datante da vari anni; egli da oltre 25 anni esercita la specialità.

Il dott. Renato D'Ambrosio di Giovanni, nato a Brindisi, appartenente all'Ospedale di Santo Spirito in Roma, mentre era in motocicletta è stato investito da un tram, riportando asportazione del terzo e quinto dito e seconda falange del primo dito del piede destro, con perdita dei tessuti superficiali del dorso del piede, nonchè escoriazioni varie. Ne esprimiamo il nostro vivo rincrescimento.

La nota tisiologa prof.a Lydia Rabinovitch Kempner, che fu a lungo direttrice della « Zeitschrift für Tuberkulose », ha donato la sua ricca collezione di colture di bacilli tubercolari all'« Istituto Benito Mussolini », Clinica della tubercolosi e delle malattie respiratorie della R. Università di Roma.

A Washington esiste un museo del ciarlatanismo. Vi si nota, tra l'altro, una medicina che aveva ottenuto un grandissimo successo nel pubblico e che risulta composta soltanto di acqua e sale.

Nel reparto lavanderia dell'Ospedale Psichiatrico di Nocera Inferiore è scoppiato un violento incendio; il personale riuscì ad impedire il propagarsi delle fiamme; i danni furono di circa quarantamila lire.

La più antica mummia del mondo, di un certo Rai Nafer, morto 5000 anni or sono, aveva subìto varie fratture durante il trasporto in Inghilterra: fratture delle vertebre cervicali, di un omero, di un femore, di alcune costole ecc. È stata « operata » da uno specialista, il dott. Palender Leith, del Museo britannico.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 15 dic. — GAUPP. Depressione psichica endogena.

Lancet, 6 gen. — W. CHAMER. Prevenzione del cancro. — C. BRAMWELL. Può un trauma cefalico provocare fibrillazione auricolare?

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., gen. — A. MISSIROLI e P. MARINO. La chinoplasmina nella lotta antimalarica.

Scalpel, 6 gen. — F. VAN DOOREN. La pressione media.

Presse Méd., 6 gen. — L. LANGERON e al. Estratti endocrini, composizione del sangue, diuresi ed insufficienza renale. — G. DE MONSIER e R. FISCHER. Trattam. chirurgico delle contratture e delle crisi jacksoniane post-apoplettiche.

Paris Méd., 6 gen. — Numero sulla tubercolosi.

Münch. Med. Woch., 5 gen. — H. PETTE. Diagnosi dei tumori cerebr. in rapporto alla operabilità. — F. HAFFNER. La ricetta.

Deut. Med. Woch., 5 gen. — v. KREHL. Medico e scienza. — KOLLE, SCHULEMANN. Sulla terapia sperimentale. — ASCHOFF. I reumatismi.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., gen. — P. FEDERN. I fattori mentali nella crisi economica.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 gen. — J. CHALIER e P. ETIENNE-MARTIN. Forma catatonica dell'encefalite tifica.

Journ. A. M. A., 6 gen. — C. D. LEAKE. Il compito della farmacologia nello sviluppo dell'anestesia. — M. B. SULZBERGER. Ipersensibilità al tabacco.

Amer. Journ. Med. Sc., gen. — W. L. NILES e J. C. TORREY. Significato clinico del « Bacterium coli hemolyticus ». — P. J. FONTUS e al. Succo gastrico concentrato ed emopoiesi. — A. J. QUICK. Probabile natura allergica dell'avvelenamento da cincofene. — D. RIESMAN e al. Studî cardiologici.

Med. Yelt, 13 gen. — M. DONATI. Cura chirurgica del diabete. — C. HEGLER. Sintomi precoci delle malattie cardiache.

Journ. Méd. Franç., dic. — Numero sulla clorurazione e la declorurazione in clinica.

Riv. San. Sicil., 1 gen. — GRISANTI. Trapianti ossei omoplastici preventivamente trattati col siero di sangue dell'ospite.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 7 gen. — L. ZUCCHI. L'insulina nell'associaz. diabete-tuberc. polmonare. — G. PARONI e A. MARONGIU. Broncospirochetosi o morbo di Castellani.

Rif. Med., 6 gen. — M. DONATI. Cura operatoria dell'ulcera gastr. e duoden.

Presse Méd., 13 gen. — BÉRIEL e J. BARBIER. Il reumatismo gardenalico.

Surg., Gyn. a. Obstr., gen. — F. C. IRVING. I barbiturati e altri ipnotici nel travaglio di parto. — F. F. BOYCE e E. M. MCFETRIDGE. L'appendicite nell'infanzia.

Rass. Cl.-Scient., 15 gen. — M. ASCOLI. Epatocolangite con reperto di lamblie ed epatocolangite simulante l'ascesso. — B. DE VECCHI. Spunti di patologia vasale. — C. FOÀ. Metabolismo del calcio.

Sang, 1. — S. VARADI. Patogenesi dell'anemia perniciosa. — J. V. GROT e H. SZPIDBAUM. Sul trattamento insulinico.

S. A. Med. Journ., 23 dic. — Convegno sul cancro.

Arch. dello Ist. Bioch. Ital., nov. — A. RAVASIO. Permeabilità meningea. — A. MANAI. Eritremie acute.

Minerva Med., 15 gen. % L. FERRANNINI. Doppio vizio mitralico.

Presse Méd., 20 gen. — GIRBAL. Trattam. medico delle dilatazioni bronchiali.

Paris Med., 20 gen. — Numero di dermatologia.

Bull. Ac. de Méd., 9 gen. — BÉCLÈRE e al. Cancro cutaneo e sole. — L. GIROUX e H. DAUSSET. Trattam. dell'angina pectoris con onde corte.

Bull. Méd., 30 gen. — A. VERNES e N.-T. KORESSIOS. Un'azione ipotensiva del veleno di cobra.

Med. Klinik, 19 gen. — E. URBAIN. Patergia allergica, parallergica e non allergica.

Münch. Med. Woch., 19 gen. — F. SCHIECK. Modificazioni dell'occhio inerenti all'età.

Deut. Med. Woch., 19 gen. — UNLENHUTH. Sullo sviluppo della chemioterapia.

Bruxelles-Méd., 21 gen. % V. LESPINNA. Sifilide ed endocrini.

Forze San., 20 gen. — G. BOFRI. Infezione reumatica.

Minerva Med., 20 gen. — R. JEMMA. La meningite luetica acuta. — L. CAPANI. Mielosi aplastica con emocitoblastosi.

Difesa Soc., dic. — La giornata della madre e del fanciullo.

Presse Méd., 24 gen. — L. BINET e M. MARQUES. La perfusione del polmone.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., gen. — M. LABBÉ. Azione dell'insulina sul metabolismo azotato. — C. A. JENTZER. Diverticoliti del primo tratto del duodeno.

Münch. Med. Woch., 26 gen. — Numero sull'influenza.

Riv. It. di Stomatol., gen. — P. ALBANESE. L'infezione focale stomatogena.

Ann. Institut Pasteur, gen. — Y. RAMON e al. Paralisi difterica sperimentale.

Mediz. Welt, 27 gen. — F. v. BORMANN. La difterite cosidetta maligna.

Bull. Méd., 27 gen. — Numero di ematologia.

Lancet, 27 gen. — H. C. EDWARDS. Diverticoli del duodeno e del digiuno. — D. MCALPINE. Trattamento della miastenia grave con efedrina.

Klin. Woch., 27 gen. — A. JORES. Nicturia. — J. DÜNNER e al. Sprue non tropicale.

Quarterly Journ. of Med., gen. — A. U. MACKINNON. Il ritmo nella tachicardia parossistica: studio elettrocardiografico. — J. CRAIG e B. CRAN. Adenoma basofilo della glandola pituitaria. — W. EVANS e C. HOYLE. Prevenzione e trattamento dell'angina da sforzo.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Agosto 1933

Malattie	31/7-6/8		7-16		14 20		21-27		28/8-3/9	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	234	898	212	797	196	659	189	761	177	1450
Scarlattina	126	270	122	241	118	258	128	270	123	228
Varicella	79	122	66	91	54	85	71	110	42	72
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	472	873	513	1000	543	1119	591	1336	533	1139
Difterite e Croup	197	356	259	355	202	342	217	386	244	427
Meningite cerebro-spinale	6	6	5	5	4	6	6	6	2	2
Encefalite letargica	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Poliomielite cutanea ac.	13	14	15	15	9	9	14	15	12	16
Dissenteria	18	31	20	25	17	22	24	45	27	58
Pustola maligna	27	27	27	28	28	31	43	53	47	56

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

Autointossicazione intestinale: cura . . Pag. 432
Avvelenamento da cincofene: probabile natura allergica . . . . » 426
« Bacterium coli haemolyticum »: significato clinico . . . . » 421
Bibliografia . . . . » 429
Chirurgia endocranica . . . . » 403
Chirurgia: impiego della membrana testacea degli uccelli . . . . » 433
Ciclo sessuale femminile: andamento ormonico . . . . » 425
Colite mucosa . . . . » 432
Diabete: cura chirurgica . . . . » 426
Diarrea: significato e cura . . . . » 430
Diarree infantili: trattamento con borato di sodio . . . . » 432
Emorragie boccali . . . . » 428
Emorragie digestive senza altri sintomi » 430
Encefalite ed influenza . . . . Pag. 423
Febbre purpurea delle Montagne Rocciose: un caso osservato a Parigi . . » 424
Infezione sperimentale da « Bacterium coli »: localizzazione elettiva . . . . . » 421
Infezioni: diffusione dall'utero al sistema urinario . . . . » 422
Intossicazione cronica da aceto-arsenito di rame (verde di Schweinfurt) . . . » 407
Malaria: alterazioni delle glandole salivari degli anofeli infetti . . . . . . » 433
Malattie del gruppo « tifo esantematico »: diagnostica . . . . » 422
Seno longitudinale superiore: trattamento delle ferite . . . . » 414
Tubercolosi: campagna contro la — . . » 434
Ulcera gastro-duodenale: terapia con benzoato di sodio . . . . » 431

C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 26 Marzo 1934 - XII Num. 12

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Chiti: Ricerche sui vari tipi sierologici di pneumococco nelle affezioni polmonitiche.
Note e contributi: L. Ciarrocchi: Sul complesso primario tubercolare cutaneo del Bruusgaard.
Problemi discussi: G. Baggio: A conforto della teoria traumatico digestiva sulla patogenesi dell'ulcera gastrica o duodenale.
Apparecchi e strumenti nuovi: B. Picardi: Sull'uso di una cannula cedevole per tracheotomizzati.
Osservazioni cliniche: G. Palazzi e M. Ruggeri: Un caso di sutura del cuore.
Sunti e rassegne: ORGANI DIGERENTI: C. v. Noorden: Spunti di patologia gastrica. — H. Doerfler: La neurosi dello stomaco. — P. F. Shapiro e B. N. Berg: Il ritorno dell'acidità gastrica dopo la gastrectomia subtotale e la doppia vagotomia. — MISCELLANEA: J. Meyer: Fisiologia normale e patologica del pigmento cutaneo. — G. Pighini e C. F. Porta: L'azione reintegrativa degli estratti anteipofisari ed ovarici sulle alterazioni sperimentali della mucosa ed ossa nasali da castrazione. — S. H. Pratt: Studio sulla steatorrea, con particolare riguardo alle malattie del pancreas e alla sprue. — M. G. Pascalis: Aderenze viscerali ed innesti epiploici liberi.
Notizia bibliografica. — Cenni bibliografici.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Herpes zoster e nevrite in diabetici senza glicosuria. — Sindrome di Volkmann curata con la simpaticectomia periarteriosa. — La resezione del nervo carotideo interno. — Lo zolfo nella terapia di alcune psicosi croniche. — L'avvenire dei dementi paralitici malarizzati. — Un nuovo metodo di cura per la sclerosi a placche. — Nelle crisi dolorose lombari. — La stricnina nell'intossicazione da dial. — Ipocalcemia ed emicrania. — SEMEIOTICA: Rilievi semeiotici nel fibrotorace. — La pressione venosa periferica nella tubercolosi polmonare. — MEDICINA SCIENTIFICA: Gozzo colloide sperimentale, provocato con la follicolina. — L'azione dell'ormone preipofisario tireotropo sul decorso della gravidanza. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Nella vita professionale: Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.
Direttore: Prof. CARLO LOTTI.

Ricerche sui vari tipi sierologici di pneumococco nelle affezioni polmonitiche.

Dott. GUGLIELMO CHITI.

Era noto da tempo, che il pneumococco isolabile dai molteplici casi di polmonite, presentava caratteri morfologici culturali e patogeni diversi.

Le ricerche sperimentali avevano dimostrato, che esso determinava in tutti i casi un'imponente setticemia, ma al tempo stesso lesioni viscerali diverse e costanti per ogni singolo caso isolato.

In base a questi reperti caratteristici, si erano distinte tre varietà di p.; la fibrinogena (Foà), l'emorragica e l'edematogena, ed il Banti ne aveva fissate quattro varietà, che aveva chiamate pneumococcus pneumoniae 1°, 2°, 3°, 4°.

Le ricerche posteriori, sulla agglutinabilità di p. per mezzo dei sieri immuni (Mosny, Mechnikoff, Kruse, Besançon, Griffon, Panichi, Tizzoni, ecc.), portarono alla individualizzazione di vari ceppi di p. agglutinabili con i sieri specifici e per merito specialmente dei ricercatori Americani alla classificazione attuale, che fu dichiarata ufficiale alla Conferenza Internazionale di Parigi del novembre 1922, promossa dall'Istituto Pasteur.

Essa riconobbe un 1° 2°, 3°, tipo di p. come tipo campione ed un 4°, non come tipo campione ed a sè, ma come gruppo X eterogeneo, a cui vennero provvisoriamente assegnati gli p., non agglutinabili con i sieri dei tipi campione, attendendo che ulteriori ricerche permettessero di scindere questo gruppo X in altri stipiti sierologicamente distinti.

Sta di fatto che anche nei lavori più recenti (Levi, Von Paul Martini, gennaio 1933) e che notò nella bibliografia, questo tipo 4° o gruppo X, che non ha un siero agglutinante, che sarebbe ospite abituale della bocca e generalmente dotato di scarsa virulenza, è ancora considerato una collezione di varietà di p. sierologicamente indipendenti, in cui accanto a

stipiti poco virulenti e spesso saprofitici, si sono accertati stipiti a virulenza molto elevata.

Noto inoltre a questo proposito, che gli studi ultimi dei ricercatori sull'argomento (Avery, Stillman, Levi, ecc.), fanno ritenere che oltre il gruppo X, anche gli stessi stipiti campione possono essere ulteriormente scissi per mezzo di reazioni immunitarie. Individuate queste quattro varietà ed avuta così la possibilità di studiarne le proprietà biologiche e culturali, sorsero le altre importanti questioni sulla loro distribuzione regionale, sull'influenza che su queste varietà hanno le stagioni e le diverse condizioni di clima, sulla prevalenza o presenza costante di un solo tipo nelle diverse epidemie e sopra tutto su il rapporto esistente tra il poliformismo clinico delle varie affezioni pneumococciche e le differenze biopatologiche dei vari germi in causa.

In Italia la sierologia pneumococcica, ebbe a pionieri il Foà, il Tizzoni, Pane, Banti, ecc., ma il primo che studiò i vari tipi di p., accettando la classificazione americana, fu lo Strumia di Torino, il quale nella sua casistica, riscontrò una distribuzione quasi uguale del 2° e del 3° tipo, meno diffusa del 4° e maggiore del 1°.

Marginesu e Corda, in una prima casistica meno numerosa (1920), poterono classificare per ordine di frequenza il 1°, 2° e 4° senza riscontrare campioni del 3°, e in una 2ª casistica più numerosa (1923) il 1°, 4°, 2° e per ultimo il 3° tipo.

Più recentemente il Pontano, ha presentato una statistica, in cui si rileva una netta prevalenza del 1° tipo, al quale seguono per ordine di frequenza il 2°, il 4° e per ultimo il 3°.

Questa prevalenza netta del 1°, sugli altri tipi si mantiene anche nella casistica del Declich, il quale classifica successivamente il 4° e il 2° e non riscontra campioni del 3°.

Il Levi (gennaio 1933) su 85 casi osservati nell'Ospedale di S. Maria Nuova a Firenze, nota la prevalenza del 1° tipo, al quale segue immediatamente il 4° ed il 2° e per ultimo il 3°.

Le statistiche straniere non danno risultati molto diversi da quelle degli italiani. Tra gli inglesi, Griffith, riconosce tutti e quattro i tipi americani con prevalenza del 2°, Urquhart non riscontra il 3° tipo e rileva la preponderanza del 1° sugli altri, C. H. Whittel ritrova tutti i quattro tipi con una percentuale del 70 % per il 1°, 12 % per il 2°, e 4 % per il 3° e per il 4°.

I ricercatori francesi nel complesso delle loro statistiche di affezioni pneumococciche studiate in Francia ed in Tunisia, riconoscono i quattro tipi con prevalenza del 2°.

Lister in epidemie gravissime studiate nel Transwaal riscontrò germi non identificabili con il 1°, 2°, 3° gruppo americano, che anderebbero perciò in base alla classifica ufficiale assegnati al gruppo X.

Negli Stati Uniti i ricercatori dell'Istituto Rockefeller con una numerosa statistica di 454 casi trovarono dominanti ed egualmente distribuiti il primo ed il secondo tipo, a cui segue per frequenza il gruppo X e per ultimo il 3° tipo.

Come si rileva dalle su accennate statistiche e da quelle di altri ricercatori stranieri e italiani, di cui non ho fatto il nome, ma che non alterano il risultato fondamentale, la distribuzione dei vari tipi non è uniforme ed è opinione generale, che condizioni climatiche e geografiche influiscano sulla loro predominanza.

Il prof. Trenti all'Accademia Medica di Roma, nella seduta del novembre 1929, faceva una comunicazione di un notevole interesse, che si riferiva a 5 casi di polmonite verificatisi simultaneamente in un convitto e perciò a focolaio endemico, nei quali contrariamente all'aspettativa non aveva riscontrato un tipo unico in tutti e 5 i casi, ma tra questi i tipi 1°, 2° e 3°. Per trarre da tale constatazione delle considerazioni di un certo valore sarà necessario attendere altri casi analoghi, in cui i casi del focolaio siano più numerosi.

***

Poichè ho potuto osservare 30 casi di polmonite, ho creduto opportuno di studiarli sierologicamente, per stabilire il tipo di p. che nei singoli casi ne era la causa e portare così un contributo locale all'importante argomento. Di queste mie osservazioni do relazione in questo lavoro.

Per l'identificazione dei p. usai i sieri diagnostici fornitimi dall'Istituto Rockefeller e dall'Istituto Pasteur e feci la loro classificazione in base alla loro reazione agglutinante.

Come animale da esperimento, per l'isolamento del p., scelsi il topo bianco perchè più sensibile a questo microrganismo e per la proprietà particolare sua d'isolarlo allo stato di assoluta purezza a differenza di altri animali (coniglio), nei quali passano nel sangue altri microrganismi, che sono contenuti nell'escreato bronchiale.

Raccolto un frustolo di escreato, con ansa sterile, nella sua parte più crocea e densa, l'inoculavo nel sottocutaneo del topolino all'estremità del dorso, alla radice della coda dopo

aver ben rasata e disinfettata la parte. Di solito dopo 12 o 16 ore il topolino dava segni di abbattimento ed allora o lo uccidevo soffocandolo, o lo lasciavo morire; dopo di che, aperto il torace scoprivo il cuore, ne causticavo la superficie e quindi con movimento di rotazione vi introducevo una pipetta Pasteur aspirando alcune goccie di sangue. Con queste poi provvedevo alla semina nelle provette di agar-sangue precedentemente preparate e ponevo tutto in termostato a 37°, attendendo per procedere all'agglutinazione, che le culture si mostrassero sufficientemente ricche di colonie bacteriche.

* * *

Lo studio sierologico di questi 30 casi, di qualcuno dei quali accennerò le caratteristiche cliniche senza riportare la tabella generale, in cui le ho tutte raccolte, mi ha consentito di raggrupparli come è esposto nella tabella seguente.

Tavola prima.

Appartenenti al	1° tipo N. 13	2° tipo N. 6	3° tipo N. 3	4° tipo N. 8
Percent. corrisp.	43,3 %	20 %	10 %	26,6 %

Per fare i debiti confronti statistici, prospetto ora nella seconda tavola le percentuali italiane, di cui ho avuto conoscenza e quella stabilita dagli AA. dell'Istituto Rockefeller.

Tavola seconda.

	Rockefeller (c. 454)	Strumia (c. 28)
Tipo 1°	33,3 %	64,2 %
» 2°	33,5 %	14,2 %
» 3°	13 %	14,28 %
Gruppo X	20 %	7 %

Pontano (c. 27)	Declich (c. 33)	Corda e Marginesu (c. 43)	Levi (c. 85)	Chiti (c. 30)
51 %	45,4 %	34,78 %	29,5 %	43,3 %
22 %	24,2 %	21,73 %	24,3 %	20 %
11 %	—	13,04 %	18,9 %	10 %
14 %	30,3 %	30,42 %	27,3 %	26,6 %

Dal confronto di queste percentuali si rileva che la mia statistica si avvicina a quella Americana nei riguardi del 3° e successivamente del 4° tipo, mentre se ne distacca per un 13 % in meno del 2° ed un 10 % in più del 1° tipo.

Concorda invece con le percentuali degli altri ricercatori italiani per la netta prevalenza del 1° tipo e ne differisce di poco per il 2°, fatta eccezione per la statistica dello Strumia, che ne riscontra una frequenza minore.

Per il 3° tipo le differenze sono lievi anche nei confronti delle stesse percentuali degli Americani, eccettuata la statistica del Declich, che non riconosce germi di questo tipo.

In quanto al 4° tipo io ne vedo crescere l'importanza insieme a Corda, Marginesu, Declich e Levi mentre il Pontano se ne distacca sensibilmente, con una percentuale del 14 % e più spiccatamente ancora lo Strumia che discende al 7 %.

Come risultato del confronto complessivo tra le mie cifre e quelle delle altre percentuali, le mie concordano più spiccatamente con le statistiche di Corda e Marginesu e del Levi avendo riscontrato insieme a loro per ordine di frequenza il 1°, il 4° ed il 2° e per ultimo il 3° tipo. Questa constatazione non mi pare d'interesse trascurabile nei riguardi regionali, perchè i due ricercatori dell'Istituto d'Igiene e della Clinica Medica di Siena ed il dott. Levi dell'Ospedale di S. Maria Nuova di Firenze, fecero le loro osservazioni su ammalati della regione Senese e Fiorentina, che per la loro vicinanza e disposizione geografica, non differiscono molto da quella Pisana.

Riguardo alla percentuale di mortalità che nelle mie osservazioni corrisponde al 6,66 %, debbo osservare che, nei due casi (n. 26-28) seguiti da morte, il germe isolato apparteneva al 1° gruppo, il che come risultato sarebbe in contrasto con la maggior parte dei ricercatori, che trovano la mortalità spiccatissima nei casi da 3° tipo.

Ma questa constatazione mia personale, perde gran parte della sua particolare importanza, per il fatto che, i due pazienti erano attempati ed uno di essi affetto da aortite luetica, che aggravò il decorso della malattia.

D'altra parte l'alta virulenza del 3° tipo anche nel gruppo di pneumonitici da me osservati, risulta evidente, perchè i 3 casi, dai quali ho isolato il p. del 3° tipo (n. 3-17-20), ebbero un decorso molto grave, sebbene non mortale. Va poi notato, che i casi che ho potuto studiare, non sono tanto numerosi da potere autorizzare una decisiva conclusione.

La mia statistica concorda anche pienamente per la minore frequenza di questo tipo, come è ammesso generalmente da tutti ed è confermato dal fatto, che in casistiche di ricercatori autorevoli (Declich, Urquhart, Smeall) detto germe non si riscontra affatto isolato.

Per ordine sempre di gravità di decorso, seguono le affezioni polmonari determinate dai

germi del 1° tipo. Dei 13 casi osservati, 8 di polmonite lobare, 5 a focolai bronco-polmonari, i casi 26-28 furono, come ho detto, seguiti da morte e tre (6-9-21) ebbero un decorso veramente grave e la loro gravità si dovè alla compartecipazione di complicanze renali e circolatorie ed alla grave intossicazione del sistema nervoso.

Nei riguardi della curva termica, eccettuati i due decessi, uno in 4ª e l'altro in 6ª giornata, ed uno (n. 9) ricondotto in famiglia per le sue gravi condizioni, va notato che la temperatura mantenne nelle quasi totalità un carattere elevato ma tipico e regolare e la crisi si ebbe in 7ª e 9ª giornata di malattia.

Le affezioni determinate dai germi del 2° tipo furono 3 polmoniti lobari e 3 b. polmoniti.

Le affezioni a tipo lobare ebbero carattere di benignità, considerato che il grave decorso di una di esse (n. 11) fu influenzato da vizio mitralico preesistente insieme allo stato non perfetto del rene, mentre le 3 affezioni b. polmonari ebbero invece un andamento più grave per l'intossicazione del sistema nervoso (n. 23) e per il lungo decorso (n. 5).

In un caso (n. 5), riscontrai una forma recidivante (pneumonie à reprises) in cui in 8ª giornata ebbi la caduta della febbre, ma con i caratteri di mancata risoluzione polmonare e dopo tre giorni di apiressia un rialzo termico, che si mantenne fino alla risoluzione definitiva in 30ª giornata.

Per ultime in ordine di gravità risultano, nella mia casistica, le affezioni del 4° tipo.

Su 8 casi riscontrati 6 a forma lobare e 2 a tipo b. polmonare 6 ebbero un andamento benigno, con crisi regolare in settima giornata, per quanto nel n. 22 residuassero dopo la crisi, postumi a lenta risoluzione. Il carattere di benignità, fu confermato dal fatto che in un caso (n. 7), si trattò di una forma di polmonite abortiva in 4ª giornata, che nel n. 30 si ebbe una secondaria complicanza pleurale, che si risolvè però rapidamente, e che il n. 1 era un uomo di età avanzata, in cui la polmonite lobare, come è noto, comporta un decorso ed una prognosi grave.

Il concetto quindi ammesso da tutti i ricercatori che i germi del 4° tipo siano meno patogeni per le affezioni polmonari trova la sua conferma anche nelle mie osservazioni.

Due casi invece (n. 18-22) ebbero un decorso molto più grave, specialmente il primo, per focolai multipli bilaterali, intossicazione del sistema nervoso e grave complicanza renale (albumina, cilindri granulosi, globuli rossi), tanto da ricordare le forme più gravi descritte per il 3° tipo.

Ho detto innanzi che lo scopo delle mie ricerche era di riconoscere quali tipi sierologici di p. si riscontrassero fra noi, quale ne fosse il loro ordine di frequenza e di gravità e l'eventuale rapporto esistente fra la varietà del germe e l'andamento clinico della malattia.

Mercè queste ricerche io ho potuto riconoscere che fra noi si riscontrano tutti i tipi di p. della classifica Americana e che il loro ordine di frequenza e di gravità, come dimostrano le tabelle, è comune alle regioni di Siena e Firenze.

Riguardo però all'andamento clinico dei 30 casi osservati, se posso concordare con lo Strumia, il quale nel suo lavoro ha riprodotto le curve termiche comuni a ciascun tipo, che nei miei casi del 1° e 4° tipo la febbre ebbe un carattere direi quasi classico e la crisi fu generalmente regolare, altri caratteri comuni io non ho rilevato, che attestino una interdipendenza sicura tra l'entità morbosa e la specificità di ciascun germe.

Rapporti più o meno costanti infatti non mi risultano, riguardo alla forma lobare o lobulare dell'affezione, al modo d'insorgere di essa, alla prevalenza del lato colpito ed alle complicanze secondarie e neppure questo rapporto mi risulta, tra la frequenza di un determinato germe ed il periodo dell'anno, in cui ho fatte le varie osservazioni.

Sono perciò condotto a concludere che il decorso clinico delle affezioni polmonitiche, è principalmente da attribuirsi ad un complesso di fattori, occasionali, estrinseci ed intrinseci all'organismo del soggetto ammalato.

Ciò spiega perchè manchi un quadro clinico determinato da riferirsi ad un tipo di germe piuttosto che ad un altro e la sconcordanza tra i ricercatori sul concetto stesso di gravità, non escluse le affezioni del 3° tipo riconosciute generalmente come più virulente, poichè la recente ed autorevole statistica di Smeall su 60 casi di polmonite studiati, non denuncia un solo caso di questo tipo seguito da morte.

L'esame infatti delle statistiche più autorevoli e più recenti, che ho potuto consultare, per ora non permettono di sceverare quanto nella gravità del decorso delle affezioni polmonitiche, spetti alla virulenza del germe ed alla personalità dell'infermo. Perciò allo stato attuale, il riconoscimento sierologico può avere un eventuale valore pratico agli effetti della terapia, che va affermandosi con i sieri specifici (W. Sueeff, Uland, Armstrong, Jonson),

ma un valore pratico, nel senso che un rapido riconoscimento sierologico permetta sino dall'inizio o quasi della affezione di stabilire quale ne sarà il suo andamento, non appare confermato.

Si può concludere quindi che, per le affezioni polmonitiche, si ripete ciò che accade per i paratifi nel capitolo delle affezioni tifoidee, in cui si possono osservare casi bacteriologicamente accertati da b. di Hebert ad andamento benigno e talvolta invece riscontra· casi d'infezione paratifica, con decorso e gravità eccezionali e magari con esito letale.

*
* *

Ho corredato quasi tutte queste osservazioni, anche di quei dati che riguardano il comportamento del pH urinario, dei cloruri e della formula leucocitaria, per vedere anche in questo campo, se potevo trarre qualche valore di differenziazione per quello che riguarda il tipo del germe patogeno.

Io eseguivo due volte al giorno il conteggio dei globuli rossi e dei globuli bianchi e seguivo le modificazioni della formula leucocitaria, dell'Hb, del tasso dei cloruri, del pH.

Per l'apprezzamento delle modificazioni dell'equilibrio acido-base mi valsi della ricerca del pH urinario con il metodo elettrometrico al chinidrone.

Dal conteggio degli elementi del sangue, ho potuto rilevare che il numero dei globuli rossi appare diminuito, mentre i globuli bianchi appaiono tanto più aumentati quanto più l'organismo dimostra di reagire e di possedere qualità difensive.

Nelle forme asteniche o di mediocre reattività delle funzioni organiche, il numero dei leucociti seppure non mostra tutte le volte oscillazioni di numero apprezzabili, non ha assolutamente tendenza all'aumento.

Nelle formi gravi, e specialmente si rileva nelle tabelle dei due casi ad esito rapido ed infausto, si è avuta una leucopenia notevole, che in alcune determinazioni, data la deficienza degli elementi, non permise di stabilire la formula leucocitaria. Come conclusionale delle osservazioni di questi dati ematologici si dedurrebbe, che la leucopenia rappresenta un sintoma infausto, un tasso leucocitario basso, un sintomo sfavorevole e un tasso leucocitario alto un fenomeno invece di buon presagio.

In quanto al comportarsi dei cloruri esso non si è discostato dalla nozione ormai classica della loro ritenzione, fino quasi talora a scomparsa, nel periodo evolutivo della malattia e della nota scarica massiva nei primi giorni dopo la crisi.

La ricerca del pH urinario ha segnato abitualmente un aumento di acidità urinaria durante il periodo febbrile; nelle forme gravi si sono avute cifre uniformi ma non basse, mentre la tendenza a raggiungere i limiti più bassi si riscontra nei casi ad andamento favorevole. Risulterebbe quindi che uno spiccato stato umorale acidotico autorizzerebbe un prognostico favorevole e meno buono invece se lo stato di acidità umorale, apparisse diminuito.

Per quanto la mia casistica sotto questo riguardo non sia completa, ciò che si può dedurre dal complesso di queste osservazioni è che non esistono criteri differenziali, per i quali una data polmonite in atto possa attribuirsi ad un tipo di germe patogeno piuttosto che ad un altro. Si ripetono perciò anche in questo campo, le conclusioni della prima parte di questo lavoro e cioè che i coefficienti di decorso di una affezione polmonare, sono molteplici, in gran parte sicuramente in rapporto all'organismo ammalato ed in parte forse minore all'agente patogeno specifico.

RIASSUNTO.

L'A. nei 30 casi studiati ha riscontrati tutti i 4 tipi di pneumococco della classifica Americana e ne indica il loro ordine di frequenza e di gravità.

Non ha riscontrato invece un rapporto più o meno costante tra la specificità del germe e l'andamento clinico delle singole affezioni polmonitiche anche riguardo al comportamento della formula leucocitaria, dei cloruri e del pH urinario.

L'A. conclude che il rapido riconoscimento sierologico del tipo di p. determinante una data affezione polmonitica, può avere un valore pratico agli effetti della terapia, che va affermandosi con i sieri specifici, ma un valore pratico nel senso che esso possa permettere, fino dall'inizio o quasi di questa affezione, di stabilire quale ne sarà l'andamento clinico non gli appare confermato.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

1. ARMSTRONG. The Brit. Journ. Exp. Path., dicembre 1922, p. 287.
2. ID. *Il siero antipneumococcico nella polmonite*. British Med. Journ., 1931.
3. AZERAD. *pH e riserva alcalina*. Monde Médical, 1929.
4. BANTI. Sperimentale, 1890, f. IV e V.
5. BLAKE. *Methods for the determination of pn. tipes*. J. of exp. Med., 26, 1917.

6. CORDA e MARGINESU. Policlinico, Sezione Med., 1923.
7. CRISTHENSEN S. *Tipi di pneumococchi e prognosi nella polmonite*. Acta pathol. et microl. Scandivian, 1925.
8. DECLICH. Bioch. e Terap. Sperim., 1922, p. 293.
9. DE LA CAMP. *Il sangue nella polmonite*. KRAUS u. BRUGSCH. Spez. Pathol. u. Therapie, 1924.
10. ID. *L'urina nella polmonite*. KRAUS u. BRUGSCH, Spez., 1924.
11. DIBLE, J. HENRY. Lancet, 1924, I, p. 8.
12. FILIPPINI. *Nuovi studi sulla polmonite*. Policlinico, Sez. Prat., 25, 1918.
13. FOÀ. *Sulle differenti proprietà biologiche che presentano talune varietà diplococco lanceolato e capsulato*. Atti della R. Accademia dei Lincei, 290, 1893.
14. GOIFFON. Presse Médicale, settembre 1930.
15. GREENWALD ISIDOR. *Osservaz. sul meccanismo della ritenzione del cloro nella polmonite*. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 1930.
16. GRIFFITH FRED. *Il significato dei tipi di pneumpococco*. J. of Hyg., 1928.
17. ID. Lancet, luglio 1921, pag. 227.
18. HADEN R. L. Amer. Journ. of the Med. scienc., 1927.
19. HANES. Journ. exp. Med., 1914, XIX, p. 38.
20. HOLTEN, CAI. Arch. of Intern. Med., 1926, vol. 38, p. 489.
21. KRAUSCH. *Il sangue nella polmonite*. Spez. Pathol. u. Therap., 1924.
22. LABBÉ. *Acidose et alcalose*. Paris, 1928.
23. LEVI. *Ricerche sui tipi di diplococco nelle polmoniti lobari*. Policlinico, Sez. Med., 1933.
24. LISTER. Publ. n. 2 of The South African Inst. f. Med. Res., 1913.
25. MARGINESU e CORDA. Atti R. Acc. Fisiocritici. Seduta 30 dicembre 1921.
26. MEDELIN e SCHIFF. Riass. in Path., 1919, p. 186.
27. MENETRIER et STEVENIN. *Pneumonie. Nouveau Traité de Médecine*. ROGER, WIDAL, TEISSIER. Masson, Paris, 1920.
28. NEUFELD F. und SCHNITZER R. *Pneumokokken*. Handb. d. Pathol. Mikroorg., 1928.
29. NICOLLE et DEBAINS. Riass. Bull. Inst. Past., 1920.
30. OLIVER. Journ. of Infect. Dis., 1921, n. 5, p. 518.
31. PANE. Centr. Bakt., 1897, XXI, p. 664.
32. PANICHI. Arch. Farmac. Sperim., 1907.
33. PONTANO. Annali d'Igiene, 1922, p. 525.
34. RAIA, PLIMMER a. SCHULZ. *New Type of pn. in Pneumonias of children*. Amer. Journ. Dis. Child., 42, 1931.
35. RAPHAEL. Riass. Bull. Inst. Past. 1920, p. 313.
36. SABATINI. Policlinico, Sez. Prat., maggio 1930.
37. SCHIEMANN Z. Hyg., 1929, Bd. S. 175.
38. SCHOLZ BERNHARD. *Il cloro e la sua importanza nella polmonite*. Dtsch. Med. Wochschr., 1930.
39. SICLES G. M. Journ. of Immunol., 1927, Bd. 14, S. 329, 36.
40. STRUMIA. Archivio per le Scienze Mediche, 1921, f. 3-4.
41. TIZZONI e PANICHI. Arch. Farmacolg. Sperim., 1903.
42. TRENTI E. *Tipi e virulenza dei pneumococchi*. Policlinico, Sez. Prat., 1930.
43. URQUHART. Lancet, dicembre 1921.
44. *La formula leucocitaria nella polmonite*. Zeit. f. Kinderheilkunde, 1927.

NOTE E CONTRIBUTI

Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. P. L. BOSELLINI

Sul complesso primario tubercolare cutaneo del Bruusgaard.

Dott. LUIGI CIARROCCHI,
assistente.

La penetrazione del virus tubercolare attraverso la pelle e le mucose visibili di individui indenni di T.b.c., con provocazione nel punto d'ingresso di un'ulcerazione, seguita da adenopatia regionale, è considerata ancor oggi — come del resto, sebbene in minor grado, le altre due forme di T.b.c. cutanea da inoculazione: tubercolo anatomico e T.b.c. verrucosa — evenienza molto rara. Tale eccezionalità — da accogliere, io credo, con riserva, dato che l'attenzione dei Ricercatori è troppo polarizzata verso le due principali vie d'ingresso del b. di Koch nell'organismo umano: la respiratoria e la digestiva —, trova conferma dall'esame della letteratura, mostrante in verità un numero relativamente esiguo di comunicazioni in proposito e per di più non tutte dimostrative, causa la scarsezza di dati, o l'insufficienza di esami.

Limitando la nostra indagine anzitutto ai lavori stranieri, ricorderemo: il caso di Jacquerod (1924) in cui del materiale tubercolare schizzato, durante un'autopsia, sull'occhio di uno studente, provoca un'ulcerazione corneale, seguita da adenopatia cervicale, poi sottoclavicolare e infine, dopo qualche mese, da un'infiltrazione dell'apice polmonare corrispondente; i casi di tbc. primitiva della lingua descritti da Nedopil (1876), Bull (1889), Wolf (1898), Lattes (1900); quelli più numerosi aventi per sede i genitali femminili, o maschili: Kaperan (1897), Tschlenoff (1901), Reik (1904), Renaud (1904), Boeck (1911), Saphier (1914), Louste-Cailliau e Darquier (1925), Neumann (1900); Holt (1913), Lehmann (1913), Wolff (1921), Busni (1926), Fedders (1928), — i sei ultimi AA. raccolsero complessivamente ben 128 casi di ulcerazioni dell'asta presentate da bambini ebrei, che avevano subito la circoncisione e la suzione della ferita da parte di un rabbino tubercoloso, — Bruusgaard (1926); ed i residui infine interessanti zone cutanee varie: Deneke (1880), Milian (1911), Brocq (1911); Boek (1911), Moro (1913), Dietl (1921), Stieda (1921), Bruusgaard (1926-930), Milian e J. Delarue (1927), Goebel (1927), Levy (1928), Wich-

mann (1928), Ramel (1928), Duken (1928); Gerling (1928), Wahlgreen (1929), B. Leon-M. Lamy-P. Gauthier, Villars (1930), Guldberg (1930), Rotnes (1931), Santalov (1931), Roger Amsler (1932), Gordon (1933), Bezecny (1933).

Di fronte ai 174 casi di AA. stranieri, ne esistono solo 8 di AA. italiani: Anzillotti (1906), Flarer (1925), Magrassi (1928), Tarantelli (1930), Dusi (1932), Venturi (1932), nel primo dei quali l'ulcera tubercolare risiedeva sulla lingua, nel secondo sulla vulva, nei rimanenti sulla cute.

Dei lavori testè citati merita particolare rilievo quello del Bruusgaard, in quanto ad esso dobbiamo la conoscenza precisa del quadro clinico ed anatomo-patologico del « complesso primario tubercolare cutaneo », formulati in base allo studio di 5 casi personali, nonchè di due già in precedenza illustrati dal Boeck e rimasti sconosciuti ai più.

Secondo detto A. l'infezione tubercolare della pelle e delle mucose visibili segue le stesse leggi di quella degli organi interni (polmoni ed intestino), — studiata anzitutto dal Parrot e più tardi da Küss, da Ghon e da Ranke — in quanto è caratterizzata: da costante e precoce adenopatia regionale; da tendenza alla guarigione spontanea della lesione iniziale (indice dell'immunità locale); da sviluppo considerevole dell'allergia; ed infine da frequente consecutiva comparsa di tuberculidi (lichen scrophulosorum; tuberculidi papulo-necrotiche).

Assai vario è l'aspetto della lesione iniziale — fatto questo dipendente dalla sede della medesima, dal numero dei bacilli, dalla virulenza e dalla diversa capacità reattiva dell'organismo verso il virus tubercolare —: si può avere:

a) una ferita piccola, superficiale, che nulla ha di caratteristico e che guarisce rapidamente con cicatrice normale residua;

b) od una tipica ulcera tubercolare;

c) ovvero, infine, un'ulcerazione superficiale che poggia su di un infiltrato di durezza cartilaginea, o su una zona di edema indurativo (genitali femminili) sì da simulare a prima vista una sifilosclerosi. Concorre a tale errore diagnostico l'adenopatia regionale che non è in diretto rapporto coll'aspetto e grandezza della lesione iniziale: invero anche in caso di una semplice, piccola ferita, i gangli aumentano notevolmente di volume ed alla palpazione appaiono duri, mobili, indolenti; tali però solo di rado permangono, aggiungendosi per lo più, in un secondo tempo, fatti di periadenite, di suppurazione — interessanti una o più ghiandole —, con adesione alla pelle e perforazione della medesima.

Un quadro del tutto identico — come fa notare il Bruusgaard stesso a proposito di un caso descritto nel predetto lavoro e come successivamente conferma il Rochat —, può tuttavia svilupparsi anche in soggetti già una volta colpiti da b. di Koch ma che si trovano in uno stato di reattività paragonabile a quello di un organismo vergine d'infezione (pseudo-complesso primario; superinfezione tubercolare della pelle).

OSSERVAZIONE PERSONALE.

C. L. di a. 9. *Anamnesi familiare*: uno zio ed una zia, tutti del lato paterno, morirono per tubercolosi polmonare, rispettivamente all'età di 18 e 25 anni: il padre è vivente e sano; dal lato materno non esistono malattie familiari: la madre gode ottima salute.

Il paziente nato a termine, da parto eutocico, ebbe allattamento materno: all'età di 3 anni soffrì di morbillo: poi stette sempre bene — mai febbri serotine, mai tosse, mai emottisi — fino ai primi di luglio 1932, nella quale epoca mentre camminava a piedi nudi in un fosso, nel quale scorrevano acque di rifiuto, provenienti in parte da un Sanatorio, si tagliò con un vetro in corrispondenza della pianta del piede destro. La ferita non dimostrò in seguito alcuna tendenza alla guarigione e segregò scarsa quantità di liquido siero-purulento.

Dopo circa il mese il p. si accorse dell'esistenza nella regione crurale destra di una tumefazione, della grandezza di una noce, dura, mobile, indolente, coperta da cute normale: successivamente questa aderì alla ghiandola; si manifestò una fluttuazione, quindi rottura spontanea della pelle con fuoriuscita di pus giallo-verdastro abbondante.

Per circa cinque mesi, durante i quali non si sarebbe mai avuta temperatura febbrile, la madre praticò al figlio la cura prescritta da un sanitario (impacchi borici; lavaggi con acqua ossigenata), senza tuttavia osservare alcun miglioramento delle lesioni: di ciò preoccupata, nonchè dello scadimento delle condizioni generali, si decise ad accompagnarlo all'Ambulatorio della Clinica, ove gli venne consigliato il ricovero in corsia.

E. O. (1-XII-1932). Costituzione scheletrica regolare; masse muscolari poco sviluppate, toniche; pannicolo adiposo scarso; cute e mucose visibili pallide. Temperatura afebbrile. Altezza cm. 128. Peso Kg. 22,500.

Capo: niente di notevole.

Collo: piuttosto corto e tozzo; tiroide di grandezza normale.

Torace: simmetrico, del tipo cilindrico. Nulla di speciale si rileva all'ispezione, palpazione, percussione, ascoltazione.

Cuore: nei limiti; toni netti nei comuni focolai d'ascoltazione. Polso ritmico, di media frequenza.

Fegato: nei limiti.

Milza: palpabile nelle profonde inspirazioni, due dita trasverse sotto l'arcata costale.

Sistema nervoso: intelligenza ben sviluppata; sensibilità tattile, termica, dolorifica normale; riflessi presenti e normali.

Arto inferiore destro: in corrispondenza della regione plantare (vedi fotografia n. 1), esiste una ulcerazione superficiale, di forma irregolarmente

FIG. 1.

ovalare, a margini frastagliati ed abbastanza nettamente rilevati su un fondo molle, scarsamente infiltrato, coperto da un essudato giallastro: sui

FIG. 2.

margini si vedono punti gialli di Trélard. Nella zona circostante a detta ulcerazione, si notano numerosi noduli, ben distinti l'uno dall'altro, della grandezza di un seme di canapa, di colorito rosso-bruniccio. La vitropressione mette in evidenza l'aspetto tipico del nodulo tubercolare.

A livello della faccia interna della gamba e precisamente all'unione del 1/3 medio col 1/3 superiore si nota lungo il decorso dei linfatici una tumefazione della grandezza di una nocciola, di consistenza dura elastica, a sede profonda, indolente, spostabile sotto la cute sovrastante, che è leggermente arrossata.

Nel 1/3 medio della coscia, sempre sul decorso dei linfatici esiste altra tumefazione, dagli stessi caratteri della precedente.

Nella regione crurale destra si nota un'ulcerazione (vedi fot. n. 2) della grandezza di un uovo di piccione, irregolarmente ovalare, a margini ben netti, circondata da un piccolo alone rosso-bluastro, non desquamante. I bordi sono piuttosto regolari, scollati, in qualche punto retratti. L'ulcerazione secerne discreta quantità di pus giallo-verdastro.

In corrispondenza di detta perdita di sostanza si notano delle masse carnose, rilevate sul piano cutaneo circostante, a granulazioni flaccide, facilmente sanguinanti, discretamente secernenti, a superficie liscia e separate da solchi più o meno profondi: non si riscontrano punti di Trélard. La palpazione riesce indolente e mette in evidenza che dette masse aderiscono a gangli sottostanti, i quali pure appaiono ingrossati e con notevole reazione periadenitica.

Più in alto, al disopra ed al disotto della piega dell'inguine si palpano numerosi gangli di grandezza varia, di consistenza duro-elastica, indolenti, poco mobili.

ESAMI COLLATERALI:

Esame delle urine: nulla di patologico.

Esame cromocitometrico del sangue: globuli rossi 4.200.000; globuli bianchi 9.500. Hb. (Fleischl) 65. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 53 %; p. eosinofili 5 %; mononucleati 7 %; linfociti 35 %.

Ricerca del bacillo di Koch, nel secreto delle ulcerazioni: negativa.

Con materiale prelevato dalle due ulcerazioni si allestiscono numerose culture sui terreni di prova di Sabouraud che vengono tenute a temperature varie: non si ha sviluppo di funghi.

Cutireazione di V. Pirquet con t. v. di Koch, eseguita il 5-XII-1932 e di nuovo il 15-III-1933, intensamente positiva (infiltrato arrossato e doloroso che rimane palpabile per parecchi giorni). *Cutireazione di Moro*: intensamente positiva (papule persistenti circa 1 settimana, del tipo lichen scrophulosorum).

R. W. e *M. T. R.*: negative; *Reazione di Besredka*: +++.

Reazione di Vernes alla resorcina: 80.

Glicemia: 0,82 ‰. *Azotemia*: 0,31 ‰. *Uricemia*: mmgr. 2,5 in 100 cmc. di sangue. *Colesterinemia* (metodo di Grigaut): 1,30 ‰.

Mx.: 96; Mn.: 65.

Esami radiografici del torace (6-XII-1932). Apici chiari e ben luminosi. Campi polmonari normali, solo con aumento del disegno polmonare su ambedue gli ambiti.

È visibile a destra la stria capillare interlobare. Basi normali.

(9-III-1933). Reperto identico al precedente, salvo una diminuzione del disegno polmonare.

Esame radiografico dell'addome (5-XII-1932). Non si osservano calcificazioni a carico dell'addome. Colonna vertebrale normale. Bacino normale.

Inoculazione in cavia. Frammenti di ganglio, escissi, vengono inoculati sotto la cute dalla faccia interna della coscia di due piccole cavie. Dopo circa un mese viene prelevato da una di esse un voluminoso ganglio inguinale, col quale si insemenzano terreni di Petragnani, Löwenstein e Lubenau: sviluppo di colonie rigogliose di b. di Koch, dopo circa un mese (all'esame microscopico il germe appare come un bastoncino esile, per lo più incurvato ad un'estremità più di rado diritto, lungo circa 4 μ, del diametro di 0,3-0,4 μ uniformemente colorato — metodo Ziehl-Neelsen): insemenzato in brodo glicerinato dà cultura lussureggiante che rampica sulle pareti del recipiente ed acidifica dopo un mese di cultura). L'altra cavia viene sacrificata dopo circa tre mesi dall'inoculazione: agli inguini, bilateralmente, grosse ghiandole della grandezza di un cece, alcune delle quali in preda a fenomeni di caseosi; nulla ai polmoni ed ai reni; linfoghiandole mediastiniche e cervicali tumefatte notevolmente e così pure le mesenteriche e le lomboaortiche; fegato ingrandito: piccoli noduli bianco-grigiastri non caseosi; milza triplicata di volume, tempestata di noduli, alcuni puntiformi, altri grandi come un piccolo cece, con intensa caseosi centrale; niente al peritoneo ed alle pleure: non traccia di raccolte liquide.

Esame istologico del ganglio ulcerato. Nel pezzo asportato vanno distinte piuttosto nettamente due parti: *a*) una in rapporto diretto coll'ulcerazione cutanea presenta la superficie esterna ricoperta da una stratificazione di sostanza necrotica, che verso gli strati sottostanti acquista caratteristiche purisimili.

Il tessuto linfoglandolare che corrisponde a questa zona è sede di un grandissimo numero di vasi, alcuni capillari, altri di calibro un po' superiore, intorno ai quali si accumulano cellule linfoidi, polimorfonucleati ed elementi di tipo istiocitario in grande quantità: in certi punti esso assume nette le caratteristiche di un tessuto sede di un comune processo infiammatorio acuto, con tendenza alla granulazione.

b) Un'altra, che corrisponde circa alla metà della linfoglandola situata più profondamente rispetto all'ulcerazione cutanea, ove appaiono nettamente costituite molteplici formazioni nodulari, a tipo di tubercolo — che si compenetrano e si confondono col tessuto di aspetto granuleggiante sopra descritto — le quali risultano fondamentalmente costituite da accumuli di cellule linfoidi ed istioidi, senza netta prevalenza dell'uno o dell'altro elemento. Il centro di tali formazioni mostra (dove più, dove meno, ma sempre in modeste proporzioni), fenomeni necrotici, colle caratteristiche della necrosi caseosa. Frammiste agli elementi cellulari dei noduli tubercolari, sono molte cellule giganti, di forma, grandezza ed in stadio notevolmente differente l'una dalle altre, ma che mostrano indistintamente le caratteristiche della cellula gigante tipo Langhans. (Vedi fotografia N. 3).

In alcuni distretti è rilevabile una certa reazione connettivale banale, con presenza di abbondanti elementi fibroblastici.

Altri tubercoli, molto piccoli ed apparentemente molto iniziali, risultano costituiti in prevalenza di cellule epitelioidi istiocitarie, senza alcun accenno a fatti necrotici. La colorazione di Unna-Pappenheim mette in evidenza fra gli elementi infiammatori un certo numero di plasmacellule.

Nelle sezioni colorate col metodo di Ziehl-Neelsen riesce negativa la ricerca del b. di Koch. Complessivamente (e facendo astrazione dal processo infiammatorio banale, in corrispondenza dell'ulcerazione verso l'esterno) si può affermare di essere di fronte ad un processo specifico tubercolare, ad andamento evolutivo cronico produttivo, con scarsa tendenza necrotizzante e piuttosto vivaci fenomeni di reazione fibro-istiocitaria.

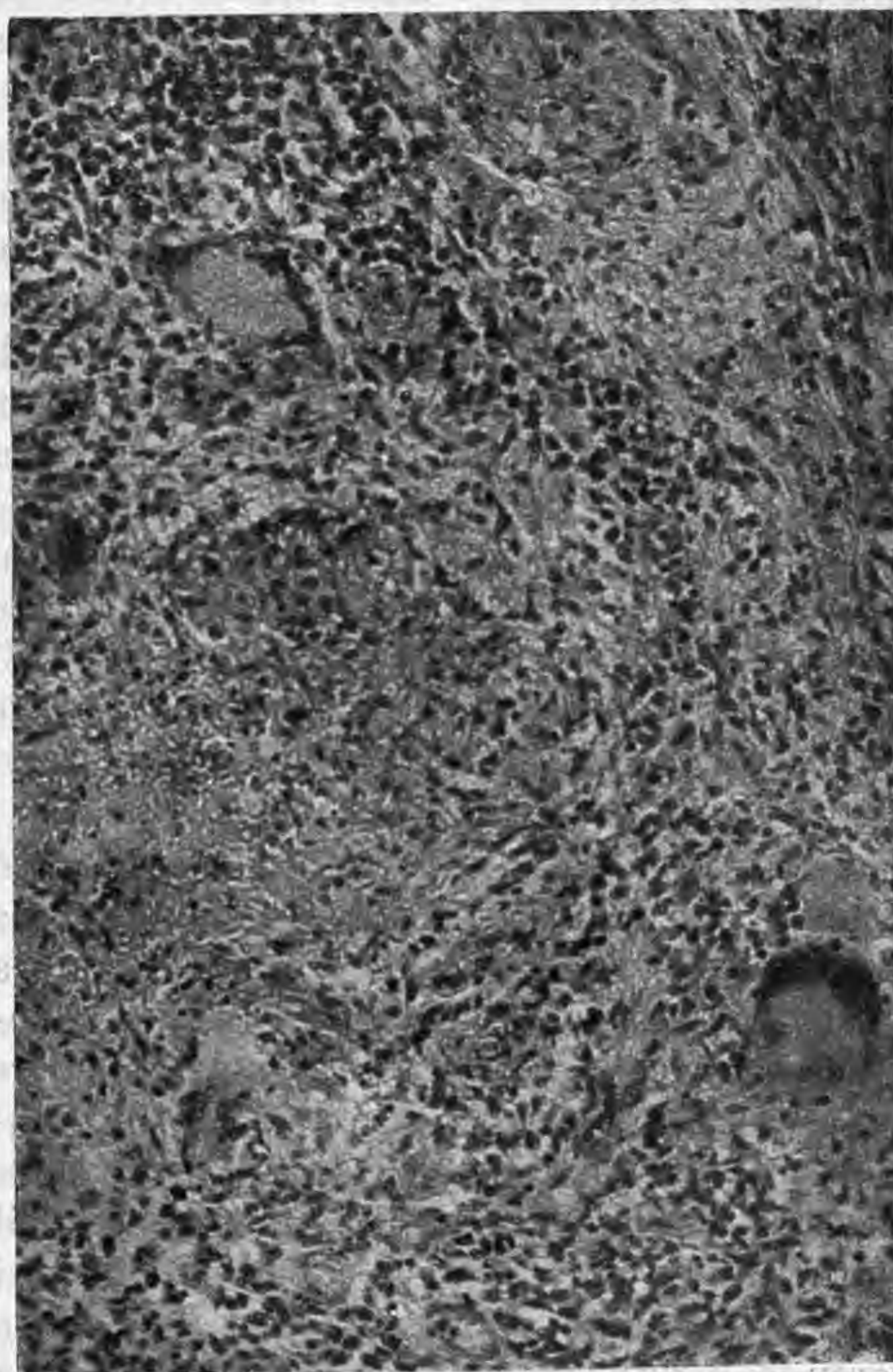



FIG. 3.

Decorso e cura. Il p. rimane in Clinica fino al 19-III-1933. Durante i primi due mesi di degenza presenta saltuariamente, sempre in concidenza con iniezioni di jodarsolo, lievi rialzi termici vespertini. Le cure locali e generali varie (applicazioni locali e generali di raggi ultravioletti, di pomata jodoformica e jodo-jodurata; causticazioni con nitrato d'argento; iniezioni di jodarsolo e di glicerofosfato-arsenico, ecc.) a cui viene sottoposto, determinano un notevole aumento del peso corporeo (Kg. 8,300), cicatrizzazione della lesione della pianta del piede; risoluzione quasi completa dell'ulcerazione nella regione crurale; riduzione notevole del volume delle linfoghiandole sub-inguinali, piuttosto scarsa di quelle iliache; 30-VI-1933: la cicatrizzazione della lesione nella regione crurale è completa: il volume delle linfoglandole iliache persiste quasi invariato. Peso Kg. 28.500.

CONSIDERAZIONI E RILIEVI.

Il problema diagnostico, che primo si presentò a noi, non offrì notevoli difficoltà: i caratteri clinici dell'ulcerazione alla pianta del piede; l'aspetto lupoide (vitro-pressione) dei nodulini circostanti; i noduli linfangitici della gamba; l'intensità dell'adenopatia regionale; i fatti di periadenite, e l'ulcerazione del ganglio; l'assenza di ogni manifestazione secondaria a carico della cute e delle mucose; l'anamnesi personale e familiare orientarono, fin dal primo esame, verso una forma tubercolare.

L'esito poi negativo sia della R. W. e della M.T.R., che delle culture eseguite sui terreni di prova del Sabourand; la positività delle reazioni di Besredka e di Vernes alla resorcina, della cutireazione con tubercolina vecchia di Koch e della reazione di Moro; l'esame istologico del ganglio ulcerato che mise in evidenza forme aventi i caratteri tipici del tubercolo con cellule epitelioidi, cellule giganti, e rammollimento caseoso; ed infine l'esito dell'inoculazione alla cavia — l'unico che permette di affermare con certezza la natura tubercolare di una lesione (Nicolas M.) — confermarono pienamente la primitiva diagnosi.

Ma una volta stabilita la natura del processo morboso, che iniziatosi nella piccola ferita da taglio a livello della pianta del piede si era propagato, seguendo la via linfatica, ai gangli della radice dell'arto, era d'uopo chiarire se si aveva a che fare con una forma di complesso primario del Bruusgaard o di pseudocomplesso, non permettendo di stabilirlo il quadro clinico identico — come si è dianzi detto — nelle due eventualità e d'altra parte favorendo il dubbio la conoscenza della morte per tubercolosi di un fratello e di un sorella del padre del p.te e l'età di quest'ultimo: è noto invero la grande diffusione della tbc. nell'infanzia e come la percentuale di bacillizzati raggiunga dal 5° al 15° anno oltre il 75 % (Feer, Calmette, Mantoux, Cattaneo ecc.).

La negatività degli esami radiografici del torace e dell'addome parlarono contro l'idea della superinfezione: tuttavia non è forse illogico domandarsi in linea generale, se la negatività dell'esame radiografico abbia un valore relativo od assoluto dal punto di vista dell'accertamento di un precedente contagio per via digestiva sopratutto, specie nei casi in cui ci si allontana alquanto dal primo anno d'età: a noi sembra che l'assolutismo possa, per lo meno, essere ammesso solo nei p.ti in cui al predetto esame si aggiunga il dato anamnestico di una recente cutireazione tubercolinica negativa, la cui grande importanza nei bambini è fuori discussione.

Per quanto poi il bacillo di tipo umano sia ritenuto l'agente patogeno abituale, se non esclusivo della tbc. umana (Micheli) credemmo egualmente utile averne la conferma nel nostro caso, utilizzando alcuni dei comuni criteri differenziali che così possono brevemente riassumersi (Puntoni):

a) il tipo bovino è più tozzo, più corto, meno regolare del tipo umano ed assume meno uniformemente la colorazione fucsinica (Th. Smith, Ravenel ecc.);

b) in brodo glicerinato (Smith, Kossel, Weber e Heuss, Ochleuker ecc.) il tipo umano dà cultura lussureggiante — in 2-3 settimane copre la superficie del liquido e rampica sulle pareti del recipiente — ed acidifica dopo un mese di cultura; il tipo bovino dà cultura più gracile, non rampicante e dopo un mese alcalinizza;

c) la glicerina aggiunta ai terreni al siero od all'uovo agevola la cultura del tipo umano, ostacola il tipo bovino, per cui si deve preferire (W. Park) al terreno di Lubenau quello di Dorset;

d) ognuno dei due tipi (Calmette e Guerin) sviluppano meglio sulla patata biliata con bile omologa, che su patata biliata con bile eterologa;

e) il tipo bovino è poco patogeno per l'uomo, così come quello umano per i bovini;

f) ambedue i tipi sono patogeni per la cavia; ma mentre il tipo bovino produce di frequente una tbc. generalizzata e morte dell'animale in 30-60 giorni, quello umano non uccide la cavia in tale periodo di tempo ed all'autopsia si trovano lesioni meno accentuate, non progressive dei polmoni e dei reni. Secondo tutti gli sperimentatori è questo il miglior mezzo di differenziazione.

Orbene il bacillo da noi isolato si presentò all'esame microscopico più sottile, più lungo, più regolare, più uniformemente colorato di quello del tipo bovino; insemenzato in brodo glicerinato diede cultura lussureggiante, rampicante sulle pareti del recipiente ed acidificazione, dopo un mese; inoculato alla cavia non ne determinò la morte nello spazio di tre mesi ed all'autopsia non si riscontrarono lesioni specifiche molto accentuate — nulla ai polmoni ed ai reni — per cui giusto apparve considerarlo del tipo umano.

Fatta la diagnosi clinica ed eziopatogenetica, rimase a considerare il significato del com-

plesso primario, nei riguardi dello stesso e dell'organismo in generale del bimbo su cui si era stabilito.

Secondo Conheim dovrebbe ritenersi la conseguenza inevitabile della penetrazione del bacillo di Koch attraverso la cute; per Calmette invece l'espressione di un'infezione massiva o da germi molto virulenti, obbliganti l'organismo a reagire immediatamente per espellere i germi (non si verificherebbe nelle infezioni da germi poco numerosi o poco virulenti); per Rochat infine l'indice di uno stato costituzionale speciale (abito scrofoloso).

Ma accettando la legge di Conheim dovremmo ammettere che la penetrazione del b. di Koch attraverso la cute sia un fatto relativamente eccezionale, mentre in realtà esso deve verificarsi più di quanto in genere si creda come inducono a pensare le importanti osservazioni di Campani e Grossi, i quali nel 24,5% dei p.ti con tbc. polmonare studiati, riscontrarono delle tracce d'infezione a tipo foruncolo o vespaio, sopravvenute alcuni anni prima, quasi sempre al collo ed alla nuca e nel 67 % di essi che l'affezione polmonare aveva colpito lo stesso lato il quale aveva subìto prima l'infezione cutanea.

D'altro canto l'idea di Rochat ha valore solo per i casi di superinfezione e non per quelli di vero complesso primario — salvo non si voglia considerare quest'ultimi apparentemente tali, per l'impossibilità cioè di scoprire, anche coll'esame radiografico, la precedente infezione tubercolare clinicamente guarita, il che è eccessivo — per cui allo stato attuale più plausibile appare l'opinione di Calmette, specie nel nostro caso in cui esiste un dato anamnestico degno di particolare rilievo: la provenienza, in parte, delle acque da un Sanatorio e quindi il loro probabile ricco contenuto di bacilli virulenti.

Più importante dal lato pratico, è il significato prognostico generale del complesso primario tubercolare cutaneo.

Tutti gli AA., a cominciare dallo stesso Bruusgaard, ritengono necessarie le più ampie riserve al riguardo e ciò sia perchè non mancano nella letteratura casi di abbastanza rapida generalizzazione dell'infezione con morte del p.te (Holt, B. Lion, M. Lamy e P. G. Villars ecc.), sia perchè alla guarigione clinica non corrisponde quella batteriologica: bacilli vivi e patogeni restano invero in situ, il che se riesce utile dal punto di vista di eventuali reinfezioni, comporta però sempre il pericolo di un passaggio dei germi stessi in circolo con provocazioni di lesioni specifiche nei differenti organi e specialmente nei polmoni, quando, per cause debilitanti varie, si produca una rottura dell'equilibrio immunitario, per eccellenza instabile. (Flarer): nel caso del Bruusgaard ad es. la p.te ammalò di morbillo e, subito dopo, si ebbe un peggioramento delle condizioni generali e morte per meningite specifica.

Nel nostro soggetto detta riserva deve essere maggiormente accentuata data: la quantità e provenienza del virus; il mancato arresto dell'infezione alle ghiandole inguinali e l'interessamento di quelle iliache; la splenomegalia; le pessime condizioni economiche della famiglia del p.te non permettenti una alimentazione sana ed abbondante (da ciò probabilmente il rapido diminuire del peso corporeo del bimbo dopo il ritorno a casa), sebbene non possa affermarsi con sicurezza che l'infezione sia entrata nel periodo secondario detto « de généralisation hématogène » dal Ranke, mancando la localizzazione polmonare clinicamente e radiograficamente rilevabile.

Circa infine il valore da attribuire, sempre dal punto di vista prognostico, alla cutireazione tubercolinica, da noi trovata in vari periodi intensamente positiva, ricorderemo che Bruusgaard la interpretò come un segno favorevole in quanto rivela l'intensa capacità reattiva dell'organismo contro il virus infettante; e che Ramel affermò che la lesione primaria della pelle conferisce all'organismo una forte allergia cutanea la più intensa che si possa realizzare, ponendolo quindi nelle condizioni più favorevoli per vincere l'infezione tubercolare.

Ma pur ammettendo che ipersensibilità tubercolinica ed immunità siano due fenomeni intimamente connessi ed indissolubili, nel senso che non vi è la prima senza la seconda (Römer, Hamburger, Setter, Micheli ecc.) non si deve dimenticare che l'immunità contro la tubercolosi è diversa sia qualitativamente che quantitativamente dall'immunità verso la scarlattina, il vaiolo ecc.: è cioè un semplice lieve aumento della resistenza che può influenzare solo fino ad un certo punto il decorso ulteriore della tubercolosi, fondamentalmente dipendente da fattori costituzionali ed anche da fattori ambientali (I. Mert) per cui è d'uopo concludere che neanche tale dato può allontanarci dal parere già espresso, che nulla di sicuro possiamo affermare sull'avvenire del nostro paziente.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver rapidamente passati in rassegna i precedenti casi di primo-infezione tu-

bercolare attraverso la cute, trae motivo dalla descrizione di un suo caso personale riguardante un bambino di 9 a. per richiamare l'attenzione su detta via di penetrazione del b. di Koch nell'organismo umano fino ad oggi — specie in Italia — poco considerata.

BIBLIOGRAFIA.

NEDOPIL. Cit. da TARANTELLI.

DENEKE. *Ein Fall von Inokulationtuberkulose.* Dtsch. med. Wschr. 16, S 262, 1880.

BULL. New York Med. Record, 1899.

KAPERAN. *Ein Fall von primären Tuberkulose der vulva.* Wien Klin. Wschr., 1897.

WOLF, Inaug. Dis. Bonn, 1898.

LATTES. Annali di Laringologia e di Otologia, 1900.

NEUMANN. Ann. de Derm. et de Syph., 1900.

TSCHLENOFF. *Ueber ein Fall eines primären Tuberkuloesen Hautgschwüres am Penis.* Arch. für Derm. u. Syph., 1901.

REICK. *Ein Fall von primären Tuberkulose der vulva. Tuberculose ulcereuse primitive de la grande lèvre.* Monatsch. f. Geburt. u. Gynäk., 1904.

RENAUD, Revue médicale de la Suisse Romand, 1904.

ANZILLOTTI. Clinica Chirurgica, 1906.

MILIAN. *Chancre tuberculeux du menton.* Bull. Soc. franc. Derm., pag. 342, 1911.

BROCQ. Soc. Franç. de Derm. et de Syph., novembre 1911.

BOECK. Festschrift für Armauer Hansen, 1911.

HOLT. *Tuberkulosis acquired through. Ritual circumcision.* I. Amer. med. Ass. 1913.

LEHMANN, Cit. da JADASSOHN.

MORO. Cit. da RAMEL.

SAPHIER. *Präparat einen Weiblichen Genitale mit primären tuberkulosen Geschwür der Vulva.* Arch. f. Derm., 1914.

RANKE Deutsch. Arch. f. Klin. Med., 1916.

WOLFF. *Ueber circumcision - tuberkulose.* Berl. Klin. Wschr., 1921.

DIETL. *Ein Fall von Hauttuberkulose.* Monatsch. f. Hinderlh., Bd. 22, 1921.

GHON. *Einiges zum Primären Komplex bei der tbc.* Beitrag z. Path. Anat. u. Z. allg. Pathol., 1921.

RANKE. *Bermerkungen zur Klinischen Diagnose der Entwicklungs formen der Menschlichen tbc.* Münsch. Med. Woch., 1922.

CAMPANI e GROSSI. *Infezioni cutanee da piogeni e tbc. polmonare.* Riforma medica, pag. 630, 1923.

A. GHON u. E. WERTHEIMER. *Zur primären extrapulmonalen Infektion bei der Kindertuberculose.* Med. Klin., 1923.

JACQUEROD. *Comment s'effectue la contagion de l'organisme.* Bull. Météreol. de Leysin, 1924.

CAMPANI. *La voie cutanée d'infection dans la tuberculose polmonare est-elle la voie predominante?* La Presse Médicale, 1925.

LOUSTE, CAILLIAU, DARGUIER. *Chancre tuberculeux du sillon balanopréputial.* Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1925.

FIORI. *Ancora sui rapporti fra infezioni cutanee e tbc. polmonare.* Ospedale Maggiore, 1925.

FLARER. *Tubercolosi primitiva infantile della vulva.* Boll. Soc. Med. Chir., Pavia, 1925.

BUSNI. *Tuberkulose infektion bei der rituellen Beschneidung.* Ref. Zbl. Tbk., 1926.

BRUUSGAARD. *Klinische beiträge zur Pathogenese der Hauttuberkulose der Primäre Komplex an der Haut.* Arch. für, Derm. u. Syph., 1926.

MILIAN et J. DELARUE, *Chancre tuberculeux chez un nourisson.* Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1927.

GOEBEL F. *Ueber primäre Hauttuberkulose.* Arch. f. Kinderheilk, Bd. 82, 1927.

MAGRASSI A. *L'infezione tubercolare attraverso la cute.* Riv. di Patol. e Clin. della tbc., 1928.

LEVY S. *Zur Kasuistik der primären Hauttuberkulose.* Beitr. Klin. Tbk., 70, 1928.

WICHMANN P. *Die primäre exogene Infektion der Haut mit tbc. in ihrer immunisatorieschen Bedeutung.* Dermatol. Zeitschr. Bd. 53, 1928.

RAMEL. *De la tuberculose cutanée primitive.* Rev. méd. de la Suisse Romande, 1928.

DUKEN I. *Primäraffekt auf der Oberlippe eines 2 jährigen Kindes,* Arch. f. Kinderheilk, Bd. 84, 1928.

GERLING WALTER. *Ueber ein Fall von Jnokulationslupus mit Beteiligung der regionären Drüsen.* Beitr. z. Klin. der Tuberkul., 1928.

CALMETTE. *L'infection bacillaire et la tbc. chez l'homme et chez les animaux.* Masson, Paris, 1928.

FEDDERS. *Ein 5 Jahre, beobachteter Fall von Circumcisions tuberkulose.* Msch. Kinderheilk, 1928.

WAHLGREN F. *Ein Fall von primärer tuberkulöser Infektion der haut in Anschluss an ein trauma.* Acta Paediatr. Stockl., 1929.

ROCHAT. Ann. de Derm. et de Syph., 1929.

BERNARD LÉON, M. LAMY et P. GAUTHIER-VILLARS. *Une nuovelle observation de tuberculose cutanée primitive.* Bull. Soc. Méd. Hôp., Paris, 1930.

TARANTELLI E. *Primary cutaneous tuberculosis.* The urologic and cutaneous review., 1930.

GULDBERG. *Primäre Hauttuberkulose.* Zbl. XXXVII, pag. 226.

BRUUSGAARD. *Tuberkulöser Primärkomplex mit Primärgeschwür Norweg,* Derm. Gesellsch. Oslo Staz. 14-III-1930.

ROTNES. *Tuberkulöser Primärkomplex auf der Haut mit Erythema nodosum.* Norweg. Derm Ges. Stz. 26-XI-1931.

SANTALOV N. *Zur Frage der primären Hauttuberkulose.* Zbl. XXXX, pag. 793.

JADASSOHN. *Handbuch der Haut u. Geschlecht,* Krankheiten, Bd. X/1, Berlin, 1931.

ROGER AMSLER. *Primo-infextion tuberculeuse par voie cutanée avec chancre cutanée.* Presse Médicale, 1932.

E. BUSI. *Prima infezione tubercolare attraverso la cute.* Riv. di Pat. e Clin. della Tbc., 1932.

F. MICHELI, *Medicina interna.* Vol. 1, pag. 283, Ediz. Minerva Medica, Torino, 1932.

VENTURI. *Complesso primario tubercolare della cute.* Boll. delle Sez. regionali, dic. 1932.

GORDON. *Case of tuberculous infection With erythema nodosum.* The British Journ. of Derm. a. Syph., n. 2, 1933.

BEZECNY R. *Tuberkulöser Primärkomplex der Haut. Dermat.* Woch., vol. 95, n. 2, 1933.

PROBLEMI DISCUSSI

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI.

A conforto della teoria traumatico-digestiva sulla patogenesi dell'ulcera gastrica o duodenale.

Prof. G. BAGGIO.

Il n. 34 di questo periodico del 1933 ha pubblicato una conferenza di Puccinelli sulle ulcere gastriche e duodenali, che merita a mio parere molta considerazione, anzitutto perchè si riferisce a 671 casi operati personalmente dall'A., in secondo luogo perchè le constatazioni e le impressioni alle quali quell'abbondante materiale clinico dette luogo vi sono esposte in forma ragionativa che rende facile utilizzarle anche in raffronto con ciò che sullo stesso argomento sia stato esposto da altri. E il modo di trovare la verità quando si proceda per induzioni non può consistere che nel valutare gli argomenti addotti dall'uno in confronto con quelli usati dagli altri.

È per questo che vorrei ora analizzare i punti più salienti della conferenza di P. riferendomi a ciò che sullo stesso argomento ho scritto e penso io.

Comincio dalle espressioni che hanno maggiore contenuto di obbiettività, cioè da quelle che si riferiscono ai 48 casi di reinterventi chiamati ben giustamente dal P. « esperimenti clinici ».

In 36 di questi casi era stata eseguita precedentemente una G.-E.. L'A. scrive di essi a questo modo:

« Interpretando quindi tali casi con mentalità *sperimentale* io direi che la gastroenterostomia è capace di far guarire le ulcere duodenali (e non quelle gastriche) perchè allontana da esse il fattore irritativo meccanico e trasferendo questo sul digiuno è capace di fare insorgere le ulcere nell'ansa anastomotica, anche se il duodeno e lo stomaco restano integri. Perciò, dal punto di vista patogenetico ed evolutivo, mette in evidenza il fattore meccanico, traumatico ».

Di 7 reinterventi dopo piloroplastica o gastroduodenostomia scrive poi:

« ... gli interventi diretti sul piloro-duodeno assai spesso creano condizioni anatomiche locali per le quali l'azione nociva del fattore meccanico anzichè essere eliminata viene ad essere accentuata ».

Espressioni più esplicite a riconoscimento di un fattore meccanico (l'A. stesso dice anche « tramatico ») generatore di ulcera gastrica o duodenale, è difficile concepire.

I 5 casi (ritenuti dall'A. di particolare interesse) nei quali era stata praticata in precedenza la resezione gastrica, non sono esposti tutti coi dettagli che io ritengo indispensabili per giudicare dei risultati della resezione, in quantochè, se pure si può arguire, dal suo ripetersi, l'ampiezza della resezione, non altrettanto si può giudicare della varietà delle anastomosi ove essa sia taciuta. Però mi è già possibile di rilevare che in un caso (il secondo riferito) nel quale una

« resezione gastrica per ulcera duodenale non aveva modificato la sindrome, un secondo intervento consistente in entero-enteroanastomosi » era stato seguito da « un'ulcera digiunale a valle della anastomosi »,

e che

« in 2 casi l'ulcera seguiva a resezione dell'antro praticata con il metodo della anastomosi diretta gastro-duodenale secondo Billroth I ».

Ora, se ricordo di aver scritto: « sia precisato dunque che la resezione piloro-gastrica estesa alla quale mi riferisco io, dev'essere eseguita alla Billroth II e nella varietà ad ansa continua: alla Billroth II per assicurare la finalità di resezione estesa: che non sempre si realizza con la Billroth I, e per impedire ogni strettura nella bocca di riunione, che può essere causa di nuova ulcera; ad ansa continua, per impedire l'ulcera digiunale » (conferenza alla Soc. fra i Cult. d. Sc. M. e Nat. in Cagliari 1932; A. I. Mal. App. Diger. I, 6°), trovo anche in questo terzo gruppo di « esperimenti clinici » di P., una buona conferma a quella che dissi « teoria traumatico-digestiva », secondo la quale « la patogenesi dell'ulcera gastrica e dell'ulcera peptica in genere dovesse ricostruirsi sul concetto dell'associata azione traumatica *ab ingestis* e chimica digestiva » (ibidem).

* * *

« Traumatico-digestiva » corrisponde alla espressione di P. « meccanico-digestiva » con la sola differenza di voler porre in maggior rilievo la lesione traumatica che da quel fattore meccanico deriva: tantochè non ho potuto fare a meno — dopo aver letto i passi riportati — di ritornare su ciò che l'A. aveva scritto prima a proposito di questo concetto genetico dell'ulcera gastrica.

« È intuitivo » (ha scritto P.) « che i fattori meccanici e chimici della digestione siano più che sufficenti per spiegare l'insorgenza e la persistenza dei fatti ulcerativi in quelle regioni dello stomaco e del duodeno che più ne risentono l'effetto ».

Il che mi conferma che in materia biologica la verità non è tale se non è lapalissiana: eppure, prima che io mi formulassi quel concetto, non avevo, sull'argomento, che la nozione fornitaci da Aschoff, del trauma *ab ingestis* come fattore di *cronicizzazione*, non di *insorgenza* dell'ulcera: ed ebbi già a sottolineare nella predetta conferenza che, far insorgere un'ulcera è ben diverso dal cronicizzare quella che sia già costituita.

Ma, s'egli trova « intuitiva » questa sufficenza dei fattori meccanici e chimici della digestione a « spiegare l'insorgenza e la persistenza dei fatti ulcerativi in quelle regioni dello stomaco e del duodeno che più ne risentono l'effetto », perchè ha scritto prima che:

« la teoria cosiddetta meccanico-digestiva » gli « sembra potrebbe esser paragonata a una teoria che si chiamasse *della stazione eretta* per le ulcere delle gambe »?

della quale aveva scritto prima ancora:

« A nessuno è mai venuto in mente di invocare una causa unica per tutte le ulcere acute e croniche che possono verificarsi negli arti inferiori, pure ammettendo che quasi per tutte, la stazione eretta è un fattore di molta importanza; ed invece si vuol trovare a tutti i costi un fattore unico per l'insorgenza e l'evoluzione delle ulcere gastro-duodenali ».

In queste frasi sono racchiusi concetti così fondamentali ma nello stesso tempo (mi sia permesso il giudizio) così confusi, che, per trarne giovamento bisogna sceverare.

La stazione eretta potrà aggravare — alla gamba — un'ulcera tubercolare o sifilitica o da Leishmania o da osteite piogenica o da altre cause, ma non « spiegare l'insorgenza » di essa. E analogamente si potrà ammettere che l'azione meccanica dello stomaco che si contrae e quella chimica (più o meno attenuata) dei suoi succhi influisca sul decorso della tubercolosi e della sifilide gastrica, come pure sul decorso di un flemmone dello stomaco che più o meno si associa ad alterazioni ulcerative; ma non è ad ulcerazioni di questo genere che ci si riferisce quando si parla di ulcera gastrica.

Viceversa, sulla gamba può insorgere un'ulcera nella quale, non più soltanto la stazione eretta, ma l'insieme delle condizioni funzionali ed anatomiche hanno tanta partecipazione genetica da averle dato il nome di ulcera *della* gamba.

Per *questa* varietà, di *ulceri della gamba*, il paragone di P. non avrebbe potuto essere più felice. Ma non è esso allora una nuova conferma (concettuale) della teoria traumatico-digestiva per l'ulcera gastrica?

Si trovano sempre le varici a sfondo patogenetico di quell'ulcera della gamba? Ma quante varici non decorrono senza ulcera? E quante volte non si trova l'ulcera associata a stato varicoso modesto mentre ne sono esenti varici molto manifeste? Le stretture, da lacci, da scarpe alte, possono contribuire a produrla, ma non bastano a determinarla. Analogamente (scrive P.):

« È ben vero che tutti gli organismi possiedono quelle zone gastro-duodenali (magenstrasse e prima porzione duodenale) e che soltanto alcuni si ammalano di ulcere in quelle zone, e quelli che si ammalano non presentano speciali alterazioni dei fattori meccanici nè chimici che spieghino l'insorgenza delle ulcere ».

Ma, come la gamba che si ulcera per ulcera della gamba ha verisimilmente nelle proprietà individuali dei suoi tessuti (particolarmente labili in quella sede, del terzo inferiore, in prossimità del collo del piede) la causa predisponente alla sua ulcera, così la piccola curvatura e il canale piloro-duodenale di un ulceroso possono essere meno resistenti di quelli di un non ulceroso.

E il non aver portato ancora la *dimostrazione diretta* di ciò — sia per l'un caso che per l'altro — quantunque molteplici siano anche i *fatti* diretti che depongono a favore di una tale interpretazione — non dice affatto che non sia questa la via che, per la sua maggiore demarcatezza, meglio promette di condurre alla verità.

Tutti

« i mezzi coi quali *sperimentalmente* si è potuto produrre un'ulcera nello stomaco e nel duodeno »

importano diminuzione di resistenza organica dei tessuti o esaltazione dei fattori traumatici e digestivi; e se anche si accettasse il pensiero di P. che « altrettanto numerose potranno essere le cause capaci di produrre ulcere nell'uomo » si dovrebbe sempre restringere il concetto aggiungendo che, tanto gli uni quanto le altre daranno l'ulcera gastrica soltanto quando agiscano sulla cosiddetta via dei cibi, non su una parte qualsiasi dello stomaco.

* * *

La teoria traumatico-digestiva sulla patogenesi dell'ulcera gastrica o duodenale trova poi non trascurabile ausilio in tutto ciò che il P. molto sagacemente ha scritto nei riguardi della sintomatologia, dell'ulcera medesima, perchè, scindendo

« quelli che sono i sintomi dell'ulcera e quelli che sono i sintomi del resto della malattia »,

egli ha scritto:

« Sicchè a me sembra di poter concludere che il tipo degli attacchi dolorosi e la periodicità di tali attacchi, addotti come dati anamnestici *tipici* dell'ulcera gastrica e duodenale, sono invece indipendenti, nella loro patogenesi dal fatto ulcerativo, pur essendo l'espressione di una malattia gastro-duodenale durante la quale si creano condizioni che possono facilitare l'insorgenza di processi ulcerativi ».

E quale rispondenza maggiore potrei io trovare fra questo concetto e quello esposto da me con la frase: « l'ulcera appare come l'espressione organica di una disfunzione dello stomaco »? (Alessandri, *Manuale di chirurgia*, Roma, Pozzi, 1932).

Il significato di quella conclusione di P. è così esplicito che annulla la contraddizione contenuta nella frase seguente:

« La possibilità di una identità sintomatica in casi con ulcera e senza è la più evidente prova che il nesso fra l'ulcera e *il resto* della malattia non è quello di causa ed effetto, nè in uno nè in altro senso ».

Il nesso di causa ed effetto non ci sarà fra ulcera e *il resto*, ma che possa esserci fra *il resto* e l'ulcera è già detto prima ed è ribadito dal periodo seguente:

« Quando c'è tale *dispepsia* spesso c'è anche ulcera e forse l'ulcera è conseguenza di quelle alterazioni di funzione che si manifestano alle nostre osservazioni con le note di quella dispepsia, ma l'*ulcera* vera e propria ha la sua sintomatologia, subiettiva ed obiettiva, distinta da quella della dispepsia ».

ciò che ritengo molto esatto ed utile ad aversi presente.

C'è un fatto invece — tra i rilievi del P. — col quale pure bisogna che s'accordi la patogenesi traumatico-digestiva se vuole mantenere la sua unità concettuale, ed è quello che si riferisce all'esistenza di ulceri non associate a dolore (che è la parte più saliente della dispepsia suddetta). Scrive difatti P.:

« Accade assai spesso di vedere malati con sindromi dolorose imponenti per l'insistenza, il ritmo e la precisione e di trovare all'operazione lesioni ulcerative minime, quasi incontrollabili e di operare malati, ad esempio per la ripetizione di emorragie, che presentano ulcere callose e penetranti e non soffrono ».

Ora, anche qui distinguo. Se l'assenza del dolore va intesa nel senso illustrato da questo altro punto:

« Le osservazioni radiologiche e più quelle operatorie dimostrano ogni giorno che può accadere di non avere nessuna evidenza di ulcera o minime lesioni superficiali nel corso degli attacchi stagionali e che invece ulcere grosse e profonde possono trovarsi in piena efficienza nei tranquilli periodi di intervallo »,

se cioè l'assenza del dolore va intesa nel senso che non ci sia dolore in quel determinato periodo di evoluzione dell'ulcera, credo di essere in perfetto accordo con P., al quale mi associo volentieri per gran parte di ciò ch'egli ha profondamente analizzato sul decorso periodico della fenomenologia ulcerosa ed ha abilmente prospettato sulla possibile spiegazione di questa periodicità: ma se invece, per assenza di dolore si intende la mancanza completa di fenomeno doloroso durante l'intero decorso di un'ulcera gastrica o duodenale, allora: o ci si riferisce ad

« un'ulcera che, senza storia, dà una perforazione libera »,

e in tal caso bisogna prima stabilire che si tratti veramente di quella che intendiamo per ulcera peptica, mentre ricerche microscopiche adeguate dimostrano che possono passare per tali, affezioni ulcerose che non lo sono; o si tratta veramente di ulceri peptiche, e in tal caso vorrei dire che non sono molte quelle che decorrono in pieno e completo silenzio di sintomi dolorosi: mentre a noi deve interessare (come ho sempre detto) di badare prima alle regole e di lasciare le eccezioni per altro tempo.

* * *

Per cui mi pare che, non ostante il più severo controllo della critica, quel lapalissiano concetto della patogenesi traumatico-digestiva rimanga pur sempre quello che meglio risponde alle necessità interpretative: concetto che non è per conto mio il prodotto di una volontà di

« trovare a tutti i costi un fattore unico per l'insorgenza e l'evoluzione delle ulcere gastro-duodenali »,

ma che invece, avendo un contenuto unificatore, risponde meglio — secondo mia esperienza — alle abituali manifestazioni della biologia, anche se diventa biologia patologica: e che, unificando nella patogenesi, meglio illumina sulla terapia.

* * *

A proposito della quale terapia, io non riesco a staccarmi — per la terapia dell'ulcera gastrica o duodenale come per quella di ogni

altra affezione — dalla distinzione fra terapia sintomatica e terapia radicale; nel caso in ispecie diciamo: fra terapia *dell'ulcera* e terapia dello *stato ulceroso gastrico*.

Per lo stato ulceroso gastrico, convinzione concettuale ed esperienza operatoria mi persuadono sempre più della praticità di quella che P. chiama « la terapia della disperazione », avvalorando i risultati operatorii la giustezza del concetto scientifico, mentre non è esatto il pensiero di P. a questo proposito quando scrive che:

« non potendo altrimenti far guarire la malattia, si asporta l'organo malato, come quando non riuscendo a far guarire una piaga del piede si amputa la gamba. Il chirurgo vuol mettersi al sicuro e garantire il futuro; però, alcune volte, l'ulcera che era al piede torna a formarsi sul moncone d'amputazione! ».

Si riforma sul moncone d'amputazione gastrica l'ulcera curata con una resezione che non risponda alle esigenze sovra espste di essere estesa e alla Polya, non quella trattata con resezione estesa e anastomosi a bocca ampia e ad ansa continua: perchè non regge l'analogia con l'ulcera del piede, ma ben torna in campo invece quella con l'ulcus cruris, per il quale l'amputazione ad altezza conveniente non sarebbe seguita da recidiva. Soltanto che per l'ulcus cruris non sarebbe giustificato il sacrificio di una gamba, mentre è giustificato il sacrificio di gran parte dello stomaco, che lascia la persona in perfetta efficienza vitale e « cenestesica ».

* * *

Procedendo, ho trovato necessità di dilungarmi più di quanto immaginavo. Ma ne sono lieto. Intendo d'avere utilizzato l'opera di un laborioso e valoroso chirurgo a sussidio della ricerca scientifica, e ne sono lieto perchè trovo che quell'opera convalida le conclusioni alle quali su questo argomento ero giunto di già. Lieto sono pure che la messe di quel proficuo lavoro provenga da un italiano e se mai può dispiacermi che non sia lavoro mio. Ma un certo compiacimento alla mia mentalità di studioso deriva anche dal fatto che i risultati degli « esperimenti clinici » di P. collimano coi risultati di quelli che furono a loro tempo i miei « esperimenti animali »: dimostrando così che non è vero che:

« la produzione *sperimentale* di una ulcera gastrica o duodenale in un animale non appare affatto paragonabile all'insorgenza di una simile lesione nell'uomo e non può avere nessuna relazione coll'ulteriore evoluzione di essa ».

Si tratta invece di saper considerare l'esperimento nei suoi limiti e i suoi risultati nelle loro analogie: tenendo presente che interpretare un esperimento è assai più complesso che interpretare un fenomeno clinico, e guidandosi quindi sulla relatività, non sull'assolutismo, dei reperti; ma anche perseguendo nell'insegnamento ormai acquisito, che per lo studio dei problemi biologici non basta osservare, ma bisogna: osservare, meditare, ideare, provare, riprovare e controllare ancora: per poi interpretare e raffrontare alle condizioni di partenza e accettare solo quel tanto che resiste alla prova dell'esperimento e della clinica e non di più. Facendo così si può essere indotti a lavorare molto per concludere poco, ma quel poco che a tal modo sia concluso resiste alla critica e ai nuovi esperimenti: « sull'animale » e « sull'uomo ».

RIASSUNTO.

L'A. analizza una conferenza di Puccinelli e ne trae argomenti a sostegno della teoria traumatico-digestiva alla quale egli si attiene per spiegare la patogenesi dell'ulcera gastrica o duodenale.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE DI SARNANO (MACERATA).

Sull'uso di una cannula cedevole per tracheotomizzati.

Dott. BIAGIO PICARDI, direttore-chirurgo.

Fra le complicazioni che minacciano un tracheotomizzato dopo l'intervento — difterite chirurgica (poichè la maggior parte delle tracheotomie vengono eseguite in casi di crup); suppurazione mediastinica; polmonite; asfissia per occlusione della cannula da parte di muco raggrumato o di membrane difteriche, o per fuoruscita della cannula dalla trachea; rottura della cannula e caduta del suo tubo in trachea — certamente una delle più gravi, perchè può determinare la morte immediata, è l'emorragia da arrosione di grossi vasi cervicali.

Bisogna tener presente anche la possibilità dell'esistenza di vasi ectopici o anomali, che non sono rarissimi: come riferisce il Makkas, durante la tracheotomia bassa è stata riscontrata nel 10 % dei casi una arteria tiroidea ima, che decorre verticalmente dall'arco dell'aorta all'istmo della tiroide. Più importanti sono le anomalie di decorso della carotide e

dell'arteria anonima. L'anonima, ad es., può avere un decorso verticale in alto fino al bordo inferiore della tiroide e ricoprire la trachea fino all'istmo: Lucke nell'eseguire la tracheotomia in un bambino avrebbe sentito pulsare l'anonima sotto le dita; Hueter ha dimostrato in numerose autopsie che questa anomalia è tutt'altro che rara. Secondo Engelhardt l'arteria anonima nei bambini sporge in un quarto dei casi al di sopra dello sterno e persino una delle carotidi può decorrere avanti alla trachea. Burns in 5 casi riscontrò che le due carotidi nascevano dall'anonima in maniera che la carotide sinistra incrociava assai in alto la trachea (citato da Kühn). Anche la vena anonima può ricoprire in parte la trachea nel giugulo.

Siccome le emorragie da arrosione dei vasi del collo non sono tanto rare, bisogna avere sempre presente allo spirito la possibilità che si producano, quando si cura un tracheotomizzato.

Se alle volte l'emorragia riconosce come causa un processo flemmonoso o difterico delle parti molli con erosione di un grosso vaso, altre volte — e forse più spesso — riconosce la sua causa in ulcerazioni da decubito dovute alla compressione esercitata dalla cannula sulla parete anteriore della trachea, che porta alla perforazione di una grossa arteria o vena. Di 85 casi di emorragie tardive mortali — raccolti dal Tante — 55 provenivano dai vasi tiroidei e dalle vene cervicali. Le emorragie insorgevano in genere fra il 6° e il 10° giorno dall'intervento, qualche volta già in terza giornata ed altre volte dopo un lunghissimo periodo di benessere.

Questo incidente — che è più frequente nella tracheotomia inferiore — è preavvisato, quando sia dovuto a decubito della cannula, da qualche stria di sangue nell'espettorato, che deve attrarre l'attenzione sul pericolo che minaccia il malato (Makkas). Improvvisamente poi insorge una profusa emorragia: il sangue zampilla in forte getto dal naso e dalla cannula e in pochi minuti il malato muore, prima ancora che possa giungere il medico, il quale d'altra parte non potrebbe prestare aiuto che in pochissimi casi, poichè non è possibile frenare un'emorragia, per es., dell'anonima. Degli 85 malati riferiti da Tante, 79 morirono immediatamente, mentre gli altri morirono per anemia grave determinatasi dopo ripetute emorragie parziali.

Data l'impossibilità di riportare qualche successo in questi casi con qualsiasi terapia, bisogna cercare di prevenire l'emorragia.

L'adozione della tracheotomia superiore può già valere a ridurre di molto queste emorragie. Tracce di sangue nell'espettorato rivelano l'esistenza di un'ulcerazione e c'impongono o il decannulamento o — se questo non è possibile — l'uso di cannule più brevi (Makkas). Infine bisogna svuotare per tempo gli ascessi paratracheali e curare la difterite chirurgica della ferita prima che abbiano determinato un'arrosione dei grossi vasi.

Cannule troppo lunghe, troppo corte o di curvatura inadatta possono determinare delle ulcerazioni da decubito della trachea, più frequenti nei bambini affetti da difterite (Makkas).

È evidente d'altronde che le ulcerazioni della parete tracheale possono divenire esse stesse causa d'infiltrazione flemmonosa o difterica dei tessuti e quindi delle conseguenze relative.

Avendo avuto occasione di eseguire 4 tracheotomie in poco più di un anno, delle quali 3 per crup ed una per stenosi da laringite cronica, ho notato che costantemente, dalla 3ª alla 6ª giornata, comparivano nell'espettorato dei miei paz. delle strie di sangue. Io avevo sempre usato — al momento dell'operazione — cannule di Krishaber con mandrino ad estremo arrotondato e con finestre laterali, che ho preferito a quelle di Luer con finestra centrale all'estremità del mandrino, per evitare la compressione del margine quasi tagliente sulla parete della trachea.

In vista dei pericoli che la comparsa di strie di sangue può precorrere, ho cercato subito di ovviare all'approfondirsi delle ulcerazioni da decubito dovute alla cannula, che nei miei casi sono state constantemente la causa della comparsa delle suddette strie di sangue, poichè non vi è mai stata nè difterite chirurgica della ferita, nè infiltrato flemmonoso dei tessuti.

Nel primo caso (gennaio 1932) sostituii la cannula metallica con un tubo di gomma. Devo dire subito che — oltre alle difficoltà dell'introduzione in trachea — il semplice tubo di gomma non è pratico perchè richiede una sorveglianza ininterrotta: si ripulisce con difficoltà delle mucosità e facilmente viene schiacciato dai labbri della ferita.

Ricorsi in seguito ad un artificio: rivestii una cannula metallica, di calibro inferiore a quella che passava per la ferita tracheale, di un tubo di gomma debordante un millimetro dall'estremo tracheale della cannula (per evitare il contatto del margine metallico con la parete tracheale).

Con questo artificio riuscii ad attendere senza nuove complicazioni il momento del decannulamento. La piccola paziente guarì benissimo.

Tolgo la cannula appena la respirazione translaringea sia diventata possibile, poichè sarebbe un grave errore far portare la cannula senza necessità. Si può togliere definitivamente la cannula solo dopo che il malato sia rimasto almeno per una notte con la cannula fenestrata chiusa con un tappo di legno o di gomma (mai di sughero perchè da esso potrebbero distaccarsi delle particelle che verrebbero aspirate).

Nel primo caso citato la tracheotomia era stata eseguita per crup (Fanteg. Maria di anni 4). La cannula rivestita di gomma, mantenuta con — o meglio senza — mandrino, veniva spesso ripulita delle mucosità per mezzo di una penna di piccione, che vellicando la mucosa tracheale provoca dei colpi di tosse e quindi l'espulsione delle mucosità. Nella camera della paz. veniva mantenuta una pentola di acqua bollente per far sì che le mucosità si disseccassero più difficilmente nella cannula.

Nel secondo caso (P. Mario, di anni 2, marzo 1933) siccome in terza giornata comparvero strie di sangue nell'espettorato, sostituii la cannula metallica che avevo messo in posto al momento dell'intervento con un'altra rivestita — come sopra — di gomma. Senonchè le strie di sangue si presentavano ancora il giorno seguente. Pensai allora di sostituire alla cannula metallica — anche se rivestita di gomma — una cannula che presentasse le stesse garanzie al passaggio dell'aria unite ad una minore rigidità, con che verrebbe naturalmente eliminata l'azione compressiva sulla parete tracheale.

Perciò agii come segue: mi procurai una spirale di fil di ferro di lume adatto (nel caso in esame era sufficiente un lume di 4-5 mm. di diametro); poi introdussi questa spirale in un tubo di gomma molle della lunghezza di 12 cent. circa. Con l'aiuto di una pinza di Kocher distesi la spirale nel tubo di gomma in modo che le spire restassero presso a poco equidistanti fra loro e fino a riempire tutto il tubo. Bisogna porre attenzione a che l'estremità tracheale della spirale, cioè la prima ansa di fil di ferro, resti completamente superata dal tubo di gomma. Su questo tubo che si può piegare a volontà e che conserva la curvatura che gli si conferisce (conviene dargli la curvatura delle cannule di Krishaber), si può praticare nella gomma anche la finestra che permetta la respirazione laringea.

Con questo tubo — che nel paz. in esame fu mantenuto per più di 20 giorni, poichè la respirazione translaringea riprese con difficoltà, per quanto i fenomeni infiammatori acuti fossero cessati fin dai primi giorni — ottenni anche la guarigione senza incidenti, e senza che ricomparissero più strie di sangue.

Anche questo piccolo malato era stato operato per crup.

La cannula va ripulita delle mucosità con una penna di piccione ed è facile mantenerla con ciò pervia all'aria per molti giorni. D'altra parte — ove fosse necessario — la sostituzione della cannula con un'altra simile costituisce una pratica di difficoltà molto relative (come per le comuni cannule metalliche) specialmente dopo i primissimi giorni, quando cioè la ferita tracheale ha assunto — mediante le granulazioni — una, per così dire, continuità anatomica con la ferita cutanea.

La cannula si ferma con un filo di seta che — montato su di un ago — si fa passare attraverso il tubo immediatamente al davanti della ferita, dopo che la cannula sia stata messa in posto.

Nel terzo paz. (B. Domenico, di anni 7, marzo 1933) appena, in quarta giornata, comparvero delle strie di sangue nell'espettorato, sostituii senz'altro la cannula metallica con quella da me ideata. In undicesima giornata potei praticare il decannulamento definitivo e il paz., dopo qualche altro giorno di sorveglianza, lasciò l'ospedale completamente guarito.

Nella quarta paz. (R. T., di anni 40) la tracheotomia fu eseguita per stenosi da lesione cronica del laringe (aprile 1932): in questa paz. è stato possibile l'uso prolungato della cannula metallica che soltanto una volta (pochi giorni dopo l'operazione) fui costretto a sostituire momentaneamente con un tubo di gomma, per la comparsa anche qui di strie di sangue.

Dopo i primi tentativi — in cui mi servii di mezzi di fortuna — ho fatto costruire un modello di cannula, che presento nelle fotografie seguenti. La cannula consiste in una spirale di filo di argento adattata in un tubo di gomma (si possono usare tubi — e quindi spirali — di varie dimensioni, ma secondo me basta averne di quelli che presentino un lume corrispondente al lume dei numeri 2-3-4 delle cannule di Krishaber). Per assicurare la fissazione della cannula al collo, invece di ricor-

rere al primitivo filo di seta, ho fatto preparare una placchetta d'argento simile a quella delle cannule di Krishaber, che è fermata in prossimità dell'estremo esterno della spirale mediante una saldatura. L'estremità esterna

FIG. 1.

stessa della spirale presenta inoltre un altro mezzo di fissazione della placca consistente in un doppio avvolgimento del filo stesso che impedirebbe (anche nel caso di un eventuale

FIG. 2.

distacco della saldatura) la sfuggita della placchetta e quindi la caduta della cannula in trachea. In corrispondenza della faccia prossimale della placca viene a finire l'estremo esterno del tubo di gomma, il quale costituirebbe così un altro mezzo di fissazione della placca in contrapposto al doppio avvolgimento che ferma la sua faccia esterna. La lunghezza e la curvatura della cannula sono, presso a poco, quelle delle cannule di Krishaber.

Le figure 1 e 2 dimostrano la cannula di fronte e di profilo.

FIG. 3.

Nella figura 3 l'estremo esterno (a doppio avvolgimento) della spirale è rivestito di gomma per meglio adattarvi il tappo quando sia

FIG. 4.

venuto il momento di provare la respirazione translaringea.

La figura 4 dimostra lo scheletro della cannula, cioè la sola spirale senza il rivestimento.

L'adozione di cannule di gomma cedevole ha dato nei miei paz. costantemente un decorso post-operatorio regolare, senza incidenti. Evitando i decubiti della parete tra-

cheale, è evidente che si evitano anche gli infiltrati infiammatori della parete stessa che possono succedere alle ulcerazioni.

Trovo raccomandabile l'uso della cannula cedevole specialmente nei casi di tracheotomia per crup, nei quali le ulcerazioni da decubito della trachea sono più frequenti, certo perchè la flogosi acuta della mucosa tracheale (anche se non vi siano in trachea vere e proprie pseudomembrane) costituisce senza dubbio un momento adiuvante importante dell'erosione della parete tracheale stessa (V. casistica di Makkas).

I casi da me finora seguiti sono scarsi, ma d'ora in avanti userò la cannula di gomma cedevole in tutti i tracheotomizzati che eventualmente capiteranno sotto la mia osservazione, e mi riprometto di riferire i risultati che avrà ottenuto dopo più vasta prova.

Dicembre 1933-XII.

RIASSUNTO.

Dopo aver trattato dei pericoli inerenti all'uso delle cannule tracheali — specialmente ulcerazioni da decubito della trachea e consecutive emorragie — l'A. illustra una cannula cedevole da lui ideata e usata con buoni risultati nei tracheotomizzati.

BIBLIOGRAFIA.

R. STICH, M. MAKKAS. *Errori e pericoli nelle operazioni chirurgiche*. Traduzione dall'ultima edizione Tedesca. Società Editrice Libraria, Milano, 1926.

KÜHN. *La laringotomia e la tracheotomia*. Gunther-Lehre der Blutigen operationen, 64 Lief, Leipzig, 1863.

T. MANCIOLI. *Malattie dell'orecchio, del naso, e della gola*. Hoepli, Milano, 1924.

TANTE. *Sulle emorragie mortali in seguito alla tracheotomia*. Beitr. z. Klin. Chir., vol. XLI.

CHIARI. *Chirurgia della laringe e della trachea*. Neue Deutsche Chir., 1916, vol. XIX.

T. MAGNOTTI. *Una nuova cannula per i tracheolaringostomizzati*. Il Valsalva, anno IX, n. 3, marzo 1933, pagg. 190-193.

F. CONTARINI. *Tracheotomia e tracheostomia*. Ibid., n. 6, 1931.

L. FISET. *La tracheotomia*. Bull. Méd. de Quebec, 30, 133-148, maggio 1929.

BÉGUIN. *Précis de pathologie chirurgicale*. Masson, Paris, 1928.

O. FRANK. *Esperienze con la tracheotomia*. Münch. Med. Wochenschr., 1914, n. 17.

H. FISCHER. *La tracheotomie*. (Trasmessomi dagli schedari del Monde Médical, 18-10-33 M. C.).

E. DEL PRETE. *La tracheotomia nella pratica*. Pensiero Med., 16, 99, 20 febbr. 1927.

STETTNER. *Sulla tracheotomia*. Deutsch. Zeitschr. f. Chir., 20 nov. 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI BRACCIANO

Un caso di sutura del cuore.

Dott. GIUSEPPE PALAZZI.

Dott. MARIANO RUGGERI.

Il giorno 2 settembre 1933, alle ore 13,30, viene trasportato in autoambulanza dall'Aeroporto di Vigna di Valle l'aviere Angelo D. C., il quale si era prodotto una ferita di coltello alla regione precordiale in un tentativo di suicidio.

Condizioni generali estreme, polso quasi impercettibile tanto da non potersi contare, cianosi, angoscia. Nel V spazio intercostale sinistro, in vicinanza dello sterno, notasi una ferita da punta e taglio di poco più di un centimetro disposta quasi verticalmente.

Viene operato di urgenza in narcosi eterea.

Si traccia uno sportello precordiale a cerniera esterna che comprende la 4ª e 5ª costola. Incisione della cute e dei muscoli. All'interno l'incisione viene fatta sulla parasternale all'infuori della mammaria interna. Sezione della 4ª e 5ª cartilagine costale. Si solleva lo sportello fratturando la 5ª costola e stirando in alto e in fuori la 4ª che cede senza rompersi. Nel distacco della faccia interna dello sportello il sacco pleurico viene aperto per una estensione di circa sei centimetri. Sangue si versa nella pleura. La ferita attraversa la lingula del margine polmonare sinistro da cui viene sangue a nappo. Sollevata questa si scorge la ferita del pericardio che viene largamente sbrigliata in alto e in basso. La cavità del pericardio è ripiena di sangue liquido e in parte a grumi. Si mette così allo scoperto il cuore. Da una ferita spruzza uno zampillo di sangue nerastro. Coll'indice e il medio della mano sinistra si solleva la punta del cuore mentre con tamponcini si comprime leggermente la ferita per frenare l'emorragia. La ferita e quasi verticale; ha una lunghezza di 8 mm. ed interessa a tutto spessore il ventricolo destro in vicinanza del setto. Rapidamente, con un sottile ago di Hagedorn montato viene passato un punto di catgut nel mezzo della ferita a circa 3 mm. dai margini e perpendicolare ad essi. Stretto il punto, l'emostasi è completa. Con tamponcini montati si prosciuga la cavità del pericardio dal sangue versato. Sutura continua della breccia pericardica in catgut. Un punto di sutura sulla lingula del margine polmonare. Si abbassa lo sportello toracico. La cartilagine della 4ª costola tende a spostarsi in basso. Con un punto al catgut si fissa al moncone centrale. Sutura dei muscoli. Sutura continua, accurata, in catgut della aponevrosi del gran pettorale. Eseguita questa, cessa la sfuggita di aria dalla ferita. Sutura a punti staccati della pelle. Nessun drenaggio. Subito dopo l'operazione il ferito ha un netto miglioramento. Polso 96, ritmico; cessa lo stato angoscioso.

Il decorso post-operatorio è ottimo. Nei primi giorni il polso si mantiene frequente (110-130), qualche volta aritmico, ma la pressione è abbastanza buona. L'infermo è tranquillo, non ha dispnea. Come postumi operatori si ha: lieve enfisema sottocutaneo della fossa sottoclavicolare e della metà superiore del braccio di sinistra. Emopneumotorace sinistro modico (lieve ottusità inferiore posteriore).

Nei giorni seguenti l'operato va rapidamente migliorando: diminuiscono la frequenza del polso e gli atti respiratori e il polso si fa sempre più valido.

Anche il versamento pleurico si va riassorbendo: l'ammalato si sente meglio ed accusa appetito.

Nei primi giorni si è avuta una leggera reazione febbrile, che non ha mai raggiunto i 38°.

L'infermo non si è mai lamentato di dolori nella regione precordiale.

Al momento dell'uscita dall'ospedale, dopo 19 giorni, dell'emo-pneumotorace sinistro non rimane più traccia. I toni cardiaci sono netti; non si odono sfregamenti pericardici. P. 80. Respirazione 26. T. 36°,6.

La ferita fu prodotta con un coltello da tasca ad una lama lunga e stretta.

L'intervallo trascorso tra il ferimento e l'atto operativo si può calcolare ad un'ora e un quarto circa.

La piccolezza della ferita del cuore dette tempo per intervenire; ma essendo ugualmente ristretta la ferita del pericardio, si era prodotto un emopericardio di tensione elevata, e la morte sarebbe avvenuta non per anemia acuta, ma per la compressione del cuore.

Infatti quando il ferito venne portato sul tavolo operatorio era asfittico, e le sue condizioni migliorarono subito dopo aperto il pericardio e svuotata la cavità dal sangue.

L'apertura del sacco pleurico, del resto quasi inevitabile, non complicò l'operazione, e non produsse gravi conseguenze.

RIASSUNTO.

È riportato un caso clinico di ferita penetrante nel cuore e la tecnica operatoria seguita.

La ferita, interessante il ventricolo destro, era di piccole dimensioni (1 cm. circa), ma le condizioni gravissime del ferito erano principalmente dovute alla compressione e ostacolato funzionamento del cuore per l'emo-pericardio.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Spunti di patologia gastrica.

(C. v. NOORDEN. *Medizinische Klinik*, 5 gennaio 1934).

Dal lungo studio, stralciamo alcuni punti che presentano il maggiore interesse per il medico pratico.

L'importanza dell'anamnesi in patologia gastrica. È necessario raccoglierla con precisione, in modo da poter farsi un concetto esatto di ciò che è importante e di ciò che è accessorio. È bene raccoglierla incominciando dal presente e risalendo poi verso il passato. Tale modo di procedere ha un fondamento psicologico. I malati dell'apparato gastro-intestinale hanno tendenza a riferire i loro disturbi a determinati errori dietetici e talora accade che i ricordi un po' vaghi riguardanti il passato ci mettano fuori di strada. Invece i fatti presenti sono più netti e precisi e ad essi è più facile la storia del passato, sicchè accade spesso che la causa invocata dal paziente non ha nulla a che fare con la malattia attuale ed i disturbi accusati dal paziente stesso hanno talvolta un rapporto molto tenue con lo stomaco e l'intestino.

È proprio nelle malattie gastro-intestinali che, con una buona anamnesi e con mezzi di ricerca che sono a portata di ogni medico, ci si può avvicinare alla diagnosi precisa meglio che con tutte le ricerche radiologiche e di laboratorio. Queste ultime potranno aiutare e raffinare la diagnosi, ma la parte essenziale ne sono soltanto l'anamnesi e l'esame clinico. Nè bisogna dimenticare che talvolta l'esame radiologico o le curve di acidità, quando vi si accordi troppa fiducia possono fuorviare il giudizio del medico. Per esempio, agisce in questo senso la nota frase che fa un po' sorridere, con cui si esprime il reperto radiologico: « sospetto di ulcera »: essa agisce in tal modo sul medico che questi non sta tanto a sofisticare e finisce con l'affermare con sicurezza la presenza dell'ulcera; quanti lunghi ed inutili soggiorni in ospedale sono ad essa dovuti!

È incomprensibile, aggiunge l'A., che molti medici e persino dei clinici rinomati facciano raccogliere da un assistente l'anamnesi dei malati alle loro consultazioni; è questo un sistema entrato da un decennio nelle abitudini agli Stati Uniti. Si capisce che, con esso si risparmia del tempo; ma il medico si priva, in tal modo, di un'importante parte della conoscenza del malato, che gli può dare poi molti punti di appoggio per comprendere nettamente la situazione ed impostare la terapia e trascura il « momento psicologico » per ben comprendere l'insieme della personalità del malato. Nemmeno all'assistente di fiducia con cui si lavora da anni si può affidare tale compito.

in quanto che l'anamnesi è la parte più importante ed attraente della consultazione ed esige un notevole lavoro intellettuale ed una grande comprensione umana. Piuttosto, si può affidare all'assistente l'esame obbiettivo, che è in gran parte una manualità.

La mancanza di appetito, che impedisce una adatta nutrizione non si osserva soltanto nelle malattie gastro-intestinali, ma anche in molti altri stati morbosi. Spesso di origine tossica, può anche aversi per la sazietà di una dieta uniforme ed è talora la conseguenza di un'inibizione psichica. Fatte rare eccezioni, il miglior modo di agire è quello di includere un giorno di completo digiuno, che può essere prescritto anche a malati indeboliti da una dieta antecedentemente scarsa. Si darà soltanto dell'acqua fresca o del tè lungo e freddo, tutt'al più con un po' di succo di limone

L'A. rifugge da tutti i così detti stomachici e, così pure, nelle cure di nutrizione, da ogni misura persuasiva o costrittiva. Si previene l'insorgere della mancanza di appetito mediante l'inclusione di « giorni di scarico », in cui si daranno essenzialmente frutta cotta o fresca e succhi di frutta, somministrando altri cibi o bevande soltanto dietro espresso desiderio del paziente. È anche utile dare a giorni alterni, al mattino presto, una prima colazione a base di zucchero, che può essere costituita da tè molto zuccherato o da succhi di frutta non fermentati. L'ipoglicemia, che, dopo un transitorio aumento dello zucchero nel sangue, ne consegue, agisce come eccitante dell'appetito. Il procedimento riesce tanto meglio quanto più evita di dire al paziente lo scopo a cui mira.

Glicemia, insulina e succo gastrico. Negli individui sani, alla introduzione di puri carboidrati segue, dopo un'iperglicemia iniziale, la caduta della glicemia, come si può ottenere con l'insulina. Questa, accanto all'istamina, costituisce lo stimolo più attivo per la secrezione dell'acido e del succo gastrico; essa agisce pure contemporaneamente sulla motilità gastrica. Entrambi i processi si manifestano dopo un breve periodo di inibizione.

Nei malati di stomaco, si hanno reazioni diverse e cioè:

1) *Negli iperacidi*, dopo la colazione di zucchero, si ha, come reazione secondaria, un notevole abbassamento della glicemia, (molto più forte che con adatte dosi di insulina) e contemporaneamente grande afflusso di acido e di succo gastrico.

2) *Negli ipoacidi*, si ha scarso o punto abbassamento della glicemia e, corrispondentemente, scarsa o punta secrezione di succo e di acido.

Si ha quindi un comportamento inverso fra lo spostamento degli glicemia e l'attività secretoria e motoria dello stomaco; i rapporti fra attività gastrica e bilancio dei carboidrati sono governati dal sistema parasimpatico.

Da questi dati teoretici, derivano delle applicazioni pratiche e cioè:

Evitare negli iperacidi le cure d'ingrassamento con l'insulina, che possono portare gravi stati di ipoglicemia.

Nella dieta da gastrite, consistente essenzialmente in alimenti carboidrati, si osservino le regole seguenti:

Gli iperacidi devono prendere i pasti a brevi intervalli, poichè dopo tre ore circa si può avere l'ipoglicemia secondaria, con tutte le sue conseguenze. La nota tendenza degli iperacidi ad avere grande debolezza e forte sensazione di fame nelle ore di poco precedenti il mezzogiorno, è conseguenza di ipoglicemia.

Negli ipoacidi, il breve distanziamento dei pasti porta a valori di glicemia troppo alti, che si oppongono allo stimolo secretorio e motorio dello stomaco, sicchè ne viene peggiorata la debolezza motoria e secretoria dello stomaco. Le condizioni di questo migliorano distanziando i pasti, che non devono essere più di quattro al giorno.

Tenendo presenti tali nozioni, si potrà regolare meglio la dieta da gastrite a preponderanza di carboidrati. Da esse, possono inoltre derivare anche utili deduzioni per la cura dei diabetici, nei quali, secondo la pratica della vecchia cura di farina d'avena, si introducono nella dieta dei giorni di puri carboidrati; in tali casi, si deve essere molto cauti con l'insulina e distanziare opportunamente i pasti, poichè altrimenti si potrebbero avere gravi fatti di ipoglicemia. *fil.*

La neurosi dello stomaco.

(H. DOERFLER. *Münch. med. Wochens.*, 9 febbraio 1934).

Sono molto numerosi i pazienti che si presentano al medico accusando dei dolori alla regione gastrica ed è necessario, in tali casi, escludere dapprima l'esistenza di fatti anatomici, quali l'ulcera gastro-duodenale. In parecchi casi, e l'A. porta la sua esperienza di chirurgo e di paziente, anche la laparotomia esplorativa non fa scoprire nessuna lesione. per cui si deve concludere per l'esistenza di una neurosi gastrica; del resto, la stessa ulcera gastrica viene oggi considerata come una fase del complesso sintomatico vagotonico. Si comprende come la terapia di un'affezione basata esclusivamente sul sistema nervoso sia ben differente da quella di un'affezione a base anatomica.

Per quanto riguarda la *patogenesi* delle neurosi gastriche, si può con sicurezza affermare che esse trovano la loro base in una deficienza di costituzione e, propriamente, nei rapporti fra il sistema nervoso centrale con quello vegetativo. Si tratta generalmente di individui, per lo più di sesso maschile, che ad abnormi

condizioni di vita (come sforzi intellettuali, preoccupazioni, ambizioni insoddisfatte, veleni nervosi quali nicotina ed alcool) reagiscono con l'iper- o l'ipo-funzione di uno o più organi, comandati dal sistema nervoso vegetativo. L'iperfunzione si manifesta con iperacidità, spasmi, contrazioni dolorose di date parti dello stomaco o dell'intestino; l'ipofunzione consiste nell'acidità, nell'atonia intestinale, costipazione e simili.

Quando ci si presenta uno di questi malati che accusano da tempo dei dolori di stomaco, si deve anzitutto studiare tutta la personalità del malato stesso, che ci riesce facilmente palese dall'anamnesi. Già dal modo con cui il paziente ci racconta i suoi disturbi, noi vediamo che tutta la sua attenzione è rivolta ad essi ed egli è convinto di avere una grave malattia. Molti sono abbastanza intelligenti per riconoscere che soffrono di nervi e che le irregolarità della loro vita sono per loro nocive: ma sono schiavi delle loro abitudini (quali il nicotismo, il modo irrequieto di vita) e, pur non confessandole, sono contenti di vedere che il medico le presuppone.

L'idea che il male accusato dipende dal sistema nervoso ci viene anche confermata da altri disturbi, come palpitazioni, insonnia, piedi freddi, facile eccitabilità, vertigini, vampate di calore alla testa, frequenti cefalee. La palpazione del polso, dimostrandocene la frequenza, permette spesso di riferire alla vera causa i disturbi. Si tenga inoltre presente che il malato con ulcera o carcinoma non ha disturbi vaghi: ogni pasto gli provoca dolori, rinvii od anche vomiti, mentre invece nella nevrosi gastrica, i disturbi sono capricciosi e talora non insorgono affatto dopo l'ingestione di cibi pesanti o se il paziente viene in qualche modo distratto.

Fattoci un concetto della personalità del malato, si può affrontare con maggiore sicurezza la vera *anamnesi gastrica*, richiedendo al paziente di descrivere i suoi disturbi e di localizzare il dolore. Con grande vivacità o con voluta tranquillità, egli ci dice che da tempo ha spesso un senso di pressione alla regione gastrica che va da un grado leggero fino ad essere insopportabile; l'emissione di aria o raramente di liquido acido gli reca sollievo; non può fare a meno del bicarbonato di sodio. Mai vomiti, defecazione regolare oppure alternative di diarrea e costipazione; i dolori, talvolta, si calmano per qualche tempo, con l'assunzione di cibo. Alcuni non accusano disturbi, dolori in posizione supina, mentre invece la maggior parte li accusa specialmente di notte. I pazienti sudano facilmente, hanno piedi freddi, senso di peso alla testa, spesso palpitazioni e temono di avere un'ulcera gastrica.

All'*esame*, si riscontra che si tratta spesso di individui in buone od anche floride condizioni; alla palpazione, nessun punto doloroso, nessuna resistenza; alcuni risentono dei dolori alla palpazione, ma molto diffusi e non mai strettamente localizzati. Il medico sperimentato, buon conoscitore degli uomini è in tal modo già orientato sulla diagnosi di disturbi gastrici psicogeni. L'influenza suggestionante del medico viene rinforzata se egli, senza ricerche radiologiche o sul succo gastrico, ha il coraggio di dire al malato che il suo stomaco è del tutto sano e che i disturbi provengono soltanto da spasmi degli orifizi gastrici, che è necessario eliminare. Guardarsi bene dal dire che si tratta di disturbi nervosi, perchè in tal modo il paziente non avrebbe più nel medico quella fiducia che è l'elemento essenziale per la cura in questi casi.

Per quanto riguarda la *terapia*, i medici che hanno veduto in precedenza il paziente gli hanno prescritto molte restrizioni nella dieta, che invece vanno completamente tolte. Nulla di tutto questo; si lascieranno mangiare liberamente patate, cavoli, cetrioli, frutta con la buccia. L'A. ordina alla prima colazione del tè con carni (prosciutto, arrosto freddo) o delle uova sbattute e raccomanda di prendere ogni due ore qualche cosa, p. es., una mela, in modo da impedire che lo stomaco rimanga « vuoto ».

Quando il malato si accorge che una dieta grossolana non soltanto non gli è nociva, ma gli fa bene, la sua fiducia nel medico che glie l'ha prescritta, è assicurata. La dieta abbondante e grossolana ha il duplice vantaggio che, se la produzione di acido è eccessiva essa tende a neutralizzarla, mentre se tale produzione è scarsa essa eccita le funzioni dello stomaco e dell'intestino e migliora quindi le condizioni del paziente. I vantaggi che se ne ottengono sono evidenti dopo poco tempo.

Ma la prescrizione della dieta libera non basta e si dovrà ricorrere anche alle medicine, alle quali il paziente di oggi non sa rinunciare. Si ordinerà quindi qualche cosa per « facilitare la digestione della dieta pesante », p. es., ad ogni pasto, un cucchiaino da caffè della seguente miscela: vino di rabarbaro, elisir di arancio, ana g. 20; tintura di arancio g. 40.

Bisogna inoltre tener presente che gli spasmi ed i disturbi che ne derivano sono in dipendenza del sistema nervoso centrale; specialmente, si deve eliminare mediante il sonno il subcosciente e somministrare pertanto dei preparati barbiturici, continuando per un certo tempo, fino a che il malato abbia ricuperato il suo equilibrio. Inoltre, fin dal primo giorno di cura, si deve dare qualche cosa per neutralizzare l'eventuale iperacidità; l'A. consiglia, oltre ad alcune specialità, la miscela di bicarbonato di sodio e di carbonato di magnesio, ana g. 20, con 60 di estratto di belladonna

Tale trattamento risponde generalmente bene. Bisogna però esser sicuri che si tratti realmente di neurosi gastrica.

Per la *diagnosi*, l'A. consiglia il seguente modo di procedere:

Somministrazione del pasto di prova di Leube (carne e tè); se dopo 7 ore, tutto è digerito, si può escludere l'esistenza di una stenosi pilorica. In occasione di tale ricerca, si farà anche la radioscopia. Lo stomaco del neurotico appare normale oppure con le forme grottesche che indicano un aumento di peristalsi. Sempre notevole è, in questi malati, lo stato di contrattura, che si osserva anche nel tenue, il quale appare non già come un'ombra compatta, ma come una formazione trasparente contenente dell'aria.

La presenza di iperacidità del succo gastrico potrebbe far sospettare l'ulcera; ma se, dopo 4 giorni di dieta priva di carne, la ricerca del sangue nelle feci è negativa, si può escludere l'ulcera ed avere una grande presunzione per la neurosi. Del resto, l'ulcera può anche escludersi mettendo il malato per un paio di settimane alla cura di Leube, facendo prendere ogni due ore del latte; i disturbi dell'ulceroso vengono, in tal modo, alleviati, mentre quelli del neurotico non sono modificati oppure aumentano.

In complesso, con l'accurata anamnesi, si metterà in rilievo la personalità del malato, accanto alle influenze dannose della nicotina, della vita irregolare, degli strapazzi e si utilizzerà soprattutto, nella cura, la forza suggestiva del medico. *fil.*

Il ritorno dell'acidità gastrica dopo la gastrectomia subtotale e la doppia vagotomia.

(P. F. SHAPIRO e B. N. BERG. *Archives of Surgery*, gennaio 1934).

Uno dei princìpi fondamentali che dirigono la cura dell'ulcera gastrica è il tentativo di dominare l'acidità gastrica; quest'idea è basata sull'assunto che la presenza di acido cloridrico è un fattore importante nell'etiologia delle ulcere. A questo scopo furono escogitati vari metodi di operazione; la gastroenterostomia e la piloroplastica dànno solo una temporanea neutralizzazione dell'acidità gastrica, le recidive e le ulcere digiunali dopo questi interventi sono infatti attribuite in gran parte alla persistenza dell'ipercloridria. Per ottenere una cura più duratura si pratica la gastrectomia subtotale come un metodo che permette un abbassamento permanente dell'acidità gastrica interessando il normale meccanismo della secrezione acida.

Secondo i concetti odierni della fisiologia dello stomaco l'acido è secreto normalmente in quattro fasi. La prima è la fase cefalica controllata dal vago, essa corrisponde alla secrezione psichica descritta da Pavlov nei cani e da Carlson nell'uomo. La seconda fase o fase gastrica è eccitata dagli alimenti nello stomaco. Nella terza fase o fase intestinale la secrezione gastrica è prolungata da stimoli riflessi che hanno origine nel tenue durante la digestione. La quarta fase è il periodo della secrezione basale o continua che avviene negli intervalli di riposo tra una digestione e l'altra; probabilmente questa secrezione è dovuta all'attività del vago.

Da un punto di vista chirurgico è impossibile di escludere la fase intestinale e quella continua, ma la prima e la seconda fase possono essere modificate. I tentativi di ridurre la fase psichica sezionando i nervi vaghi sopra o sotto il diaframma sono stati senza successo. Nell'uomo la sezione di uno o dei due vaghi produce solo una diminuzione passeggera dell'acidità gastrica.

Per alterare la seconda fase della secrezione gastrica sono stati escogitati vari tipi di operazioni sullo stomaco. Le anastomosi e le piloroplastiche hanno solo un effetto transitorio, che dipende in gran parte dal grado di neutralizzazione del contenuto gastrico dato dal rigurgito intestinale.

L'operazione più radicale di gastrectomia subtotale mira ad eliminare la seconda fase rimuovendo il cosidetto ormone « gastrina » elaborato dall'antro e dal piloro, esso stimola la secrezione dell'acido dalle ghiandole del fondo. È dubbia però l'esistenza di questo ormone.

I risultati di esperimenti sui cani mostrano che la resezione del piloro e dell'antro non ha un'influenza permanente sull'acidità gastrica. Nell'uomo i risultati delle ricerche sulla secrezione gastrica dopo una resezione subtotale sono difficili a interpretarsi e non sono conclusivi, dato il modo insoddisfacente con cui gli studi sono stati fatti.

Gli AA. hanno studiato sperimentalmente su otto cani il comportamento della secrezione gastrica, dopo una doppia vagotomia e una resezione subtotale dello stomaco, per vedere in qual modo la secrezione gastrica fosse influenzata dall'intervento più radicale che può essere messo in atto per la cura dell'ulcera gastrica. Dopo l'intervento egli riscontrò una diminuzione dell'acidità che raggiungeva la metà del valore primitivo; ma in seguito, in un periodo di tempo che va da tre a otto settimane dopo l'intervento, il livello dell'acidità raggiunse il valore normale. Inoltre all'autopsia di due cani così operati gli AA. riscontrarono un'ulcera digiunale.

La somministrazione di atropina provocò un forte abbassamento dell'acidità gastrica, dimostrando così che la sezione dei n. vaghi non comprometteva la funzione dei plessi di Meissner e Auerbach.

Le conclusioni sono:

1) la gastrectomia subtotale e la doppia vagotomia nei cani produce solo una temporanea riduzione dell'acidità gastrica, che è dovuta principalmente a una diminuzione transitoria della secrezione del fondo. Questa è se-

guita da un ritorno dell'acidità e della funzione secretoria;

2) lo stomaco è fornito di un meccanismo di compenso molto efficiente che provvede alla continuazione della secrezione dell'acido cloridrico dal fondo dopo la rimozione dell'antro e del piloro e la sezione dei nervi vaghi;

3) il fatto che la divisione dei n. vaghi non abolisce l'azione inibitoria dell'atropina mostra che il sistema nervoso intrinseco rimane intatto;

4) Ulcere duodenali si sviluppano con una certa frequenza dopo una resezione subtotale nei cani;

5) È importante distinguere fra diminuzione dell'acidità gastrica che è dovuta a neutralizzazione e un cambiamento che rappresenta una reale diminuzione della funzione secretoria;

6) Non c'è una prova sperimentale nè un fatto clinico per rafforzare l'ipotesi che la gastrectomia subtotale, anche combinata con la vagotomia, sia l'operazione di scelta per la cura chirurgica dell'ulcera peptica nell'uomo, sulla base che essa provvede a un abbassamento permanente nella secrezione dell'acido cloridrico e così previene lo sviluppo di recidive e ulcere digiunali. R. MARTONE.

MISCELLANEA.

Fisiologia normale e patologica del pigmento cutaneo.

(J. MEYER. *Paris Méd.*, 24 febbraio 1934).

1° *Natura e qualità del pigmento.* — Sotto il nome di pigmento cutaneo non si considera che la melanina. Il carotene, che esiste in certi soggetti, deve essere studiato separatamente.

La melanina non esiste generalmente che negli organi superficiali. Di formula chimica complessa, deriva dalle molecole di albumina in seguito a processi ossidativi e contiene pirrolo e zolfo. Esistono melanine differenti nelle varie specie animali ed alcune non contengono zolfo.

La melanina è una sostanza amorfa, non cristallizzabile, solubile nel siero, molto resistente alle azioni chimiche, molto stabile, atta a ridurre i sali metallici e particolarmente il nitrato d'argento, cosa che la differenzia dai pigmenti ematici.

2° *Sede del pigmento, sua origine.* — Il pigmento si trova nelle cellule di Langerhans dell'epidermide e nelle cellule basali, al polo opposto al nucleo. Queste cellule sono i cromatoblasti. Nelle cellule malpighiane dell'uomo bianco ne esiste una piccola quantità. Nel derma non si ritrovano che poche cellule migranti cariche di pigmento, le cellule cromatofore.

L'istologia del pigmento si studia con due metodi: l'impregnazione con il nitrato d'argento e la reazione della dopa. La prima dimostra il pigmento costituito, la seconda svela le cellule pigmentarie dove non esiste pigmento apparente: essa mette in evidenza un propigmento. La scuola di Strasburgo ha dimostrato che la sintesi del pigmento è fatta dalle cellule di Langerhans, di cui ciascuna inocula il pigmento alle cellule epidermiche che comanda. Il pigmento così creato si elimina per due vie, verso lo strato corneo e verso la circolazione sanguigna.

La pigmentazione sarebbe dovuta ad una ossidazione intracutanea del propigmento esercitata dagli ultravioletti.

3° *Fattori che tendono a modificare l'intensità della pigmentazione.* — La pigmentazione dipende da fattori endogeni ed esogeni. Fra i primi ha particolare importanza la razza. Negli individui della stessa razza la colorazione della pelle è funzione dei disturbi dello stato generale, di cui i soli press'a poco determinati sono di ordine endocrino (alterazioni surrenali, genitali, tiroidee, ecc.).

I fattori esogeni sono svariati:

La luce eccita la pigmentazione in due condizioni: sia senza eritema, per esposizioni ripetute, sia in seguito ad un colpo di luce. La dose dei raggi ha grande importanza. L'eritema di primo grado, transitorio, non pigmenta. Il secondo grado, eritema franco durevole, pigmenta ed esfolia appena. Il terzo grado, eritema intenso cianotico, con edema ed esfoliazione, pigmenta come il secondo. Il quarto grado, eritema e flittene, non pigmenta e dà una macchia rossa poi bianca areolata di bruno.

Associando le radiazioni si vede che le sole radiazioni che pigmentano francamente sono quelle che provocano eritema.

Il calore dà luogo sopratutto ad una pigmentazione reticolare.

I raggi X danno una pigmentazione diffusa, tanto più marcata quanto più è lunga la loro lunghezza d'onda.

La crioterapia a dose bollosa depigmenta.

In generale, ogni irritazione epidermica moderata tende ad eccitare la pigmentazione, ogni irritazione intensa ad inibirla.

4° *Importanza del pigmento.* — Può essere studiata secondo due metodi: sperimentando le reazioni della pelle più o meno pigmentata rispetto agli agenti esterni ed osservando il comportamento dei malati secondo la loro pigmentazione.

Al pigmento si attribuisce un triplice compito: protettore, trasformatore e regolatore.

Il compito di protezione si eserciterebbe rispetto alle radiazioni chimiche (ultra-violette e caloriche).

La difesa della pelle contro l'ultra-violetto o, in altri termini, l'accostumanza alla luce, si fa secondo tre processi: la pigmentazione, l'ispessimento dello strato corneo e la trasformazione delle proteine epidermiche.

Finsen, che per il primo dimostrò il potere protettore del pigmento, faceva della pigmentazione la causa principale dell'accostumanza alla luce. Questa opinione è combattuta però da due argomenti: il primo è che gli acromici resistono rimarchevolmente alla luce, il che prova che gli altri mezzi bastano da soli; il secondo è che le alterazioni dovute alla luce hanno sede sopratutto nel corpo mucoso di Malpighi, mentre il pigmento ha sede nella basale, che è più profonda, cosicchè lo strato pigmentario è al di sotto della zona alterata.

L'accostumanza alla luce non dipende dunque dal pigmento, ma là dove il pigmento esiste, esso conferisce alla pelle una resistenza maggiore, dato che la melanina assorbe da due a dieci volte più radiazioni ultra-violette delle albumine epidermiche, e dato che nei neri e nei bianchi iperpigmentati, in seguito ad eritema attinico, essa invade il corpo mucoso. Si può dunque concludere che nel bianco la difesa della pelle è opera sopratutto della ipercheratosi e forse della trasformazione delle sostanze epidermiche, ma che nei neri la pigmentazione è l'elemento principale.

È dubbia l'azione protettrice del pigmento rispetto alle radiazioni infra-rosse.

Il pigmento è un trasformatore di energia radiante? Il fatto, noto per gli animali a sangue freddo, è negato dai più. Il pigmento avrebbe poi un'azione regolatrice sulle ossidazioni cutanee, sulla formazione delle vitamine sotto l'influenza della luce, inibendo quella delle vitamine antirachitiche. Si tratta però solo di ipotesi.

Il rapporto fra pigmentazione e reazioni dell'organismo è stato studiato nelle stazioni elioclimatiche e alcuni fatti sono ammessi dal più dei medici. I soggetti che pigmentano in modo normale sotto l'influenza dei bagni di sole profittano al massimo della cura. Quelli che pigmentano male o che pigmentano con intensità anormale sono da sorvegliare.

La depigmentazione non è meno interessante; ma le opinioni sono discordi: alcuni danno un valore prognostico favorevole ad una depigmentazione lenta, altri ad una depigmentazione rapida.

Il valore funzionale del pigmento è discusso. Due teorie sono in contrasto: l'una ritiene il pigmento un fattore di resistenza organica, l'altra lo considera un testimone delle reazioni dell'organismo. C. TOSCANO.

L'azione reintegrativa degli estratti anteipofisari ed ovarici sulle alterazioni sperimentali della mucosa ed ossa nasali da castrazione.

(G. PIGHINI e C. F. PORTA. *Il Valsalva*, febbraio 1934).

Gli AA. si sono proposti di indagare i rapporti che intercedono tra forma e struttura del naso e costituzione endocrina dell'organismo.

A tale scopo cercarono di riprodurre in conigli adulti maschi e femmine, gli effetti della castrazione sulla struttura del naso già rilevati da altri sperimentatori e di vedere quali modificazioni tali effetti subiscano, quando gli animali castrati siano sottoposti ad una ormonizzazione con liquor folliculi o con estratto d'ipofisi anteriore.

Si servirono di 24 conigli, metà maschi e metà femmine: due maschi e due femmine servirono di controllo; gli altri furono castrati e in parte vennero trattati con iniezioni giornaliere di liquor folliculi, in parte con estratto ipofisario.

I conigli castrati sacrificati dopo 60-65 giorni dall'intervento, presentavano le ossa nasali più molli del normale, con suture non ben saldate. Dal complesso delle ossa craniche appariva evidente stato di distrofia. L'esame istologico mise in evidenza segni d'alterazione ossea: trabecole dei turbinati anteriori più esili del normale e ricche di connettivo giovane alterato; lo scheletro osseo inciso da numerose nicchie (lacune di Howship) contenenti uno o più osteoclasti; catene di osteoblasti limitanti le trabecole e tappezzanti anche i canali di Havers, molto ampliati e fusi tra di loro, sì da formare delle lacune vaste. Il periostio era ispessito e la mucosa atrofica.

Nei conigli castrati, ma iniettati con liquor folliculi, queste alterazioni apparivano di misura minore: la alterazione ossea e la neoformazione connettivale erano minori; meno nunumerose le lacune di Howship e gli osteoclasti. Il tessuto osseo manteneva la struttura istologica caratteristica con canali di Havers quasi normali. La mucosa era pluristratificata e le ghiandole discretamente sviluppate.

Nei conigli castrati, ma trattati con iniezioni di estratto di ipofisi anteriore, la struttura ossea si avvicinava molto al normale: non vi era particolare mollezza delle ossa; istologicamente non appariva sostituzione di connettivo al tessuto osseo: i canali di Havers erano normali, ma tappezzati di numerosi osteoblasti. Le ghiandole erano bene sviluppate.

Dunque con il liquor folliculi e più ancora con l'estratto ipofisario anteriore, si possono riparare le alterazioni prodotte nel naso per effetto della castrazione.

Il liquor può rappresentare un elemento ormonale capace di sostituire parzialmente le ghiandole sessuali, mentre non si può ancora stabilire se l'ormone anteipofisario agisca direttamente sulle strutture nasali oppure se entri in campo l'ormone dell'accrescimento e trofismo osseo contenuto pure nell'ipofisi.

Le ricerche degli AA. servono a confermare gli stretti rapporti intercorrenti tra naso ed organi sessuali pel tramite delle ghiandole endocrine. VICENTINI.

Studio sulla steatorrea, con particolare riguardo alle malattie del pancreas e alla sprue.

(S. H. PRATT. *Amer. Journ. Med. Sc.*, febbraio 1934).

L'A. sottolinea l'importanza dell'esame, fatto accuratamente e secondo metodi chimici precisi, della quantità e della qualità dei grassi contenuti nelle feci.

Le feci grasse hanno un loro aspetto particolare; trattate con poche gocce di acido acetico al 30 %, appaiono cosparse di gocciole caratteristiche: ma nè l'esame macroscopico nè il microscopico permettono di stabilire, sia pure approssimativamente, la percentuale di questi grassi.

La quantità normale contenuta nelle feci di un uomo sano oscilla intorno al 20 %; essa è composto di grasso neutro, acidi grassi e saponi.

Malgrado affermazioni di altri autori, il Pratt ha potuto convincersi che la percentuale relativa di grasso neutro non ha importanza diagnostica nei riguardi di una malattia del pancreas; e neppure l'ha la notevole riduzione di saponi, a cui il Zoia attribuisce invece un notevole significato.

Dall'esame di 33 casi, accuratamente studiati, l'autore conclude, che la steatorrea è abitualmente legata agli itteri da ritenzione, all'occlusione dei dotti pancreatici e alla sprua; la prova di assorbimento dei grassi (sec. A. Schmidt) ha dimostrato che, nei casi di steatorrea, almeno il 24 % del grasso ingerito viene eliminato per le feci, invece del 2-3% dei soggetti con digestione normale.

L'assorbimento delle sostanze proteiche, dimostrata dalla percentuale dei componenti azotati delle feci, è deficiente nelle malattie del pancreas, normale negli itteri da ostruzione e nella sprue.

L'A. termina raccomandando, come è logico, di porre i malati durante queste ricerche ad una dieta standardizzata da osservarsi rigorosamente. V. SERRA.

Aderenze viscerali ed innesti epiploici liberi.

(M. G. PASCALIS. *Gaz. des Hôpitaux*, n. 5, 8 gennaio 1933, p. 33).

L'A. dal 1912 in casi di aderenze viscerali e viscero-parietali ed a scopo preventivo nelle operazioni nei visceri addominali ha usato innesti epiploici liberi.

A scopo preventivo li ha usati in presenza di una superficie cruentata del peritoneo, che non presentava la possibilità di infossare.

Secondariamente, allorchè le aderenze sono sezionate e liberate, possono essere impiegeti tali innesti epiploici per impedire di riprodursi, interponendoli sulle superfici scoperte di peritoneo.

Allorchè una anastomosi gastrointestinale non sembra sicura, applica nel punto debole un innesto epiploico.

Preleva l'innesto epiploico tra legature congruamente applicate, e lo fissa in buona posizione con fini punti di seta 00.

L'A. ha potuto rivedere in tre riprese 3 casi che per altre cause ha dovuto rioperare dopo praticati gli innesti. Nei tre casi le aderenze erano scomparse e non si è rinvenuta traccia degli innesti. JURA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Prof. LUIGI MAGGIORE. *Segni, sintomi e sindromi oculari nella diagnostica medica generale.* Vol. di pagg. XII-321, con 132 figure. Editore L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 52.

Riportiamo la significativa Prefazione che l'illustre Prof. Sen. Pende ha scritto per il volume del Prof. Maggiore; risulta da essa in tutta la sua portata il valore di questa pubblicazione.

« Reputo grande onore per me potere presentare al pubblico medico l'aureo volume del collega ed amico Prof. L. Maggiore, volume il quale può essere considerato una dimostrazione piena del sano moderno indirizzo correlazionistico-unitario della medicina, secondo il quale ogni cultore di rami speciali di questa scienza-arte non può sentirsi veramente degno della sua missione, se non si ricorda ad ogni passo che il ramo a cui egli dedica la sua speciale attività di studioso e di pratico, riceve continuamente la sua luce ed il suo nutrimento dal grande tronco, cioè dalla clinica medica generale.

O lo specialista è un tecnico, cioè fa consistere moventi e fini della sua cultura specializzata, in una abilità acquisita nella tecnica della cura di taluni morbi, poco preoccupandosi della fase preparatoria diagnostica dei morbi stessi, che egli lascerebbe svolgere ad altri, e ciò non può avvenire, ed entro certi limiti, che solo per le specialità essenzialmente chirurgiche: ovvero lo specialista non vuole abbassarsi al livello di un empirico o di un meccanico dell'arte di guarire, ed allora egli dovrà innanzi tutto avere una conoscenza approfondita più che sia possibile del vastissimo campo della medicina interna, perchè nessun organo possiamo noi oggi pensare ammalato, senza pensare al restante organismo dell'individuo malato, al consenso morboso di altri organi, alla possibile influenza nella genesi della malattia locale di condizioni costituzionali generali del soggetto, senza pensare insomma al fatto che l'organo malato — pelle od occhio od orecchio od utero o denti o nervi ecc. — può non essere che il portavoce di una sofferenza generale dell'organismo o di

sofferenza d'altri organi lontani, e può a sua volta su questi altri organi far sentire, per sinergia morbosa, gli effetti della sua turbata funzione.

Ed ecco lo specialista costretto a conoscere il tronco più il ramo, la clinica medica generale più il campo dell'apparato organico che costituisce la sua specialità. Purtroppo noi siamo ancora ben lontani da questo indirizzo e da questa preparazione scientifica e pratica ideale dei cultori delle specialità!

Ma il Prof. Maggiore, con questo poderoso volume, in cui passa in rassegna, con grande competenza, le correlazioni tutte dell'apparato visivo con gli altri apparati organici e con la medicina generale, dimostra che l'oftalmologo moderno, se non conoscesse tali correlazioni, errerebbe forse nella diagnosi e nella cura di almeno tre quarti dei suoi ammalati.

Ben vengano adunque e siano accolti con entusiasmo dai medici italiani libri nuovi, vivificatori, svecchiatori, come questo, in un paese come l'Italia, che per l'indirizzo ippocratico della medicina, cioè per l'indirizzo che diagnostica e cura non solo l'organo, ma l'organismo del malato, ha conquistato un autentico primato negli ultimi cinquant'anni ».

NICOLA PENDE.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

D. DANIELOPOLU. *Le système de la vie vegetative* (Fasc. I. *Anatomo-physiologie normale*; Fasc. II. *Methodes cliniques d'exploration, Pathologie, Therapeutique Médicale e Chirurgicale*). Vol. di complessive pagg. 210 e 71 fig. - G. Doin & C., Paris, 1933, Fr. 60.

L'A. espone nel modo più elementare possibile la questione così complessa della fisiologia normale e patologica del sistema nervoso della vita vegetativa, ma, pur tenendo presente le nozioni classiche di fisiologia stabilite anteriormente, in gran parte egli è guidato dalle sue ricerche personali intraprese in questo dominio da circa 20 anni.

La confusione che attualmente esiste nello studio clinico del sistema nervoso della vita vegetativa è dall'A. attribuita in gran parte ad errori di tecnica o d'interpretazione degli AA. che si sono occupati di questa questione.

L'A. riporta dei metodi nuovi di registrazione, come quello viscerografico, la cui introduzione in clinica può riuscire di grande utilità nello studio della motilità dell'esofago, dello stomaco, dell'intestino, ecc., e così pure indica alcune prove di eccitabilità fisiologiche o farmacologiche, da lui ideate o modificate, che aprendo nuove vie d'interpretazione, sono le sole capaci di chiarire i processi vegetativi patologici. Grazie a tali metodi, l'A. giunge quindi a stabilire le tre leggi fondamentali che regolano il funzionamento di questi nervi.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il primo fascicolo contiene l'anatomia e fisiologia normale, le nozioni di farmacologia vegetativa e le tre leggi fondamentali. Il secondo fascicolo comprende le prove cliniche di esplorazione del sistema vegetativo nell'uomo, la classificazione, secondo l'A., delle sindromi regolative, e, nella parte speciale, l'importanza del sistema vegetativo nelle affezioni del cuore e dei vasi, degli apparati digestivo e respiratorio, dei visceri pelvici nel m. di Basedow, nelle malattie infettive, ecc. Il libro è completato da un capitolo di terapia vegetativa medica e da un altro di terapia chirurgica, dove l'A. espone sopratutto i risultati del suo metodo nel trattamento chirurgico dell'angina di petto.

A. POZZI.

S. DELMAS e G. LAUX. *Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif*. Masson e C., Paris, 1933.

Gli AA. hanno per i primi intrapreso lo studio dell'anatomia del simpatico e del parasimpatico riunendole in uno studio d'insieme. Finora di questi due sistemi esistevano solo descrizioni condotte in modo completamente indipendente l'una dall'altro contraddicendo al fatto anatomico ed ancor più a quello fisiologico e clinico, che i due sistemi sono tra loro compenetrati intimamente. In tal modo hanno potuto intercalare in questo vasto capitolo dell'anatomia continui riferimenti di indole medico-chirurgico. Anche da questo punto di vista gli AA. hanno fuso felicemente la descrizione puramente anatomica del sistema nervoso vegetativo con quella puramente medico-chirurgica e in tal modo hanno eliminato numerose discordanze che si potevano rilevare fra i due modi di trattare l'argomento e causa di confusione e di inutile fatica per lo studioso. Questo lavoro di sintesi volto a fini medico-chirurgici è stato realizzato dagli AA. collo studio dell'anatomia macroscopica del sistema nervoso vegetativo.

In tal modo sia il medico, che il chirurgo, sia lo studioso di nuovi problemi, che il pratico, potranno trovare in questo libro le idee direttrici che finora era arduo di esprimere dalla profusione di dati e reperti esistenti. Pertanto questa pubblicazione si può considerare veramente rimarchevole come fonte di insegnamento per i medici e come guida preziosa nello studio e nelle applicazioni pratiche delle malattie riguardanti il sistema nervoso vegetativo.

V. GHIRON.

G. H. ROGER e L. BINET. *Traité de physiologie normale et pathologique*. Vol. IX. *Système nerveux*. Parte 1ª. Editore Masson, Parigi. Prezzo fr. 80.

Questo volume del grande trattato di fisiologia che si viene pubblicando sotto la direzione di G. H. Roger e L. Binet è dedicato al sistema nervoso.

L'argomento non è esaurito: un secondo volume in preparazione lo completerà.

I varî capitoli sono stati scritti da diversi autori: il neurone da J. Verne, la degenerazione walleriana e la rigenerazione da T. Couvreur, la disintegrazione nervosa da S. Bertrand, i riflessi da Cardot e Langier, i tropismi da G. Bohn, la sensibilità e motilità da J. Léry-Valensi, le localizzazioni cerebrali corticali da Th. Alajouanine e L. Cornil, i gangli centrali da J. Lhermitte, la circolazione cerebrale da L. Binet e P. Gley, le convulsioni da Ch. Richet fils, il sonno da R. Legendre, l'anestesia cerebrale e le biochimiche nervose da M. Nicloux.

Malgrado la molteplicità degli autori l'opera risulta organica e ben proporzionata. Ogni argomento è trattato in modo chiaro ed esauriente. Dr.

P. Trendelenburg. *Die Hormone. Ihre Physiologie und Pharmakologie.* Band II. Vol. in-8° di pagg. 500. Ed. Springer, Berlin, 1934. MK. 45.

Il secondo volume di questa opera grandiosa costituisce l'ultimo contributo dell'illustre Maestro scomparso.

Esso è rivolto quasi esclusivamente allo studio della fisiologia e della farmacologia della Tiroide e delle Paratiroidi, del Pancreas, del Timo e dell'Epifisi: i riflessi dei loro disturbi funzionali nel campo della patologia umana sono appena accennati.

Invece il lettore vi troverà le più dettagliate notizie circa l'anatomia normale e comparata delle singole glandole, sulla loro attività biologica e sull'influenza che essa spiega nei varî campi del metabolismo, sulle conclusioni che legano tra loro i varî organi endocrini, e sulle prove biologiche destinate alla loro rispettiva identificazione.

Il testo è illustrato da grafiche, da tabelle, da fotografie; ed è corredato di un'ampia e aggiornata bibliografia, alla cui compilazione, come all'integrazione di alcuni capitoli lasciati in sospeso, ha efficacemente collaborato O. Krayer. V. Serra.

V. Dall'Acqua. *La mucosa gastro-duodenale negli stati normali e patologici.* Edizioni Minerva Medica, Torino, 1933, L. 60.

È un libro molto interessante per il radiologo, ma anche per il medico generico e per il chirurgo, perchè dimostra a quali sottigliezze diagnostiche può giungere l'indagine radiologica, se condotta con tecnica perfetta qual'è quella introdotta facendo tesoro dei risultati raggiunti dai classici studi di Forsell, e dai metodi dell'esame con la compressione già usati da Holzkneckt e da Busi.

L'esame dello stomaco e del duodeno eseguito usando il metodo dello strato sottile può infatti non soltanto darci un'idea molto esatta dell'aspetto, delle caratteristiche, dei limiti di una lesione ulcerosa o neoplastica, ma ci mostra sui radiogrammi in ogni loro particolare l'immagine delle pliche della mucosa del viscere, delle quali ormai abbiamo imparato a conoscere i minimi particolari del rilievo normali e patologici. La tecnica d'esame è minuziosa e richiede nel radiologo grande competenza ed accuratezza; ma i risultati che se ne ottengono sono veramente brillanti quali appaiono chiaramente all'esame dei molti, nitidissimi radiogrammi che arricchiscono il volume di Dall'Acqua. Il quale con metodo, con chiarezza, con efficacia ha saputo completamente sviscerare l'argomento propostosi valendosi d'una vasta e preziosa casistica e di controlli operativi od anatomo patologici numerosi. E nell'illustrazione d'ogni caso non ha dimenticato di accennare ai dati clinici più utili all'illustrazione e all'ingrandimento del singolo complesso patologico.

Completa l'opera un capitolo sulle fonti di errore nelle interpretazioni dei quadri del rilievo interno, capitolo che sopratutto apprezzeranno i radiologici. Gast. Meldolesi.

S. Mancini. *La tubercolosi dei polmoni e delle pleure.* Vol. in-8° di pagg. 1200. G. Thieme, Lipsia, 1933.

È un trattato completo che aggiorna lo studioso su tutta la letteratura medica di questi ultimi anni sull'argomento.

In un primo capitolo sono infatti esposte esaurientemente tutte le ricerche sulla batteriologia della tubercolosi e le moderne vedute sui concetti di virulenza, di tossine, di vaccini, pur non trascurando di trattare ampiamente la genesi dell'infezione primaria tbc., quella della tubercolosi del seno, le varie porte d'ingresso del bacillo nelle diverse età della vita.

Trattando delle varie forme cliniche nella prima infanzia, l'A. ricorda poi particolarmente la forma setticemica e la tbc. miliarica generalizzata, dedicando due capitoli inoltre alla reinfezione polmonare tubercolare ed alla predisposizione alla tubercolosi.

La parte clinica è ampiamente completata dalla particolareggiata descrizione dei corrispondenti reperti anatomo-patologici e da bellissime illustrazioni.

Gli ultimi capitoli sono dedicati interamente alla terapia sia specifica che generale.

A. P.

A. Turretta. *Scritti scientifici.* Casa Editrice « Radio », Trapani.

È la raccolta dei lavori pubblicati dal dottor A. Turretta che fu apprezzato chirurgo di Trapani.

A distanza di dieci anni dalla sua morte la signora M. A. Venuti Turretta ha inteso onorare la memoria del padre con la pubblicazione di questo volume che dimostra l'attività scientifica e pratica del suo compianto genitore. *a. a.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Herpes zoster e nevrite in diabetici senza glicosuria.

Se è comunemente noto che esistono nevriti diabetiche, forse non altrettanto noto è che possono esistere nevriti la cui natura diabetica è svelata soltanto dalla costatazione di una iperglicemia, mentre la mancanza di glicosuria ne avrebbe in primo tempo nascosta l'origine.

Sono anche ricordati nella letteratura casi di nevralgie in soggetti appartenenti a famiglie con tara diabetica, ma aglicosurici e normoglicemici, nei quali una limitazione dei carboidrati recò giovamento. Su tali forme richiama l'attenzione S. Plaschkes. (*Med. Klin.*, 26 gennaio 1934), e aggiunge inoltre qualche interessante considerazione sui rapporti tra herpes zoster, nevrite e diabete.

Egli riferisce infatti di aver osservato casi di herpes in soggetti iperglicemici e aglicosurici nei quali un trattamento antidiabetico migliorò la forma morbosa. Tali casi sarebbero da riaccostare, dati gli stretti rapporti ben noti tra herpes zoster e nevriti, a quelli suaccennati di nevrite diabetica senza glicosuria.

Ricorda anche l'A. casi di diabetici con herpes o con nevriti nei quali una nevrite o un herpes pregressi non erano stati diagnosticati nella loro vera origine — assai probabilmente diabetica — per la mancanza di una glicosuria, che comparve soltanto in seguito.

È ovvia l'importanza che può avere agli effetti della terapia la dimostrazione di un diabete insospettato in tali forme morbose. L'A. consiglia quindi di praticare sistematicamente il dosaggio della glicemia in tutti i casi di herpes zoster e di nevriti a etiologia oscura, anche in assenza di zucchero nelle urine. PUDDU.

Sindrome di Volkmann curata con la simpaticectomia periarteriosa.

A. F. Landivar e C. A. Leoni (*El Dia medico*, 11 settembre 1933) presentano il caso di una giovine di 21 anni, che si era fratturata il radio destro al suo estremo inferiore e che manifestava un inizio della sindrome di Volkmann, con contrattura dei flessori.

Due tentativi di riduzione ortopedica, sotto anestesia generale, fallirono; perciò risolvettero praticare la riduzione cruenta che riuscì ottimamente. I sintomi della contrazione di Volkmann progredivano però, con atrofia dei flessori, semipronazione e limitazione della supinazione, per cui non essendo risultato alcun giovamento del trattamento incruento, praticarono 4 mesi dopo la simpaticectomia periarteriosa della omerale destra per una estensione di 10 cm.

Sedici giorni dopo l'intervento, è già possibile una iperestensione quasi totale delle dita, e dopo pochi giorni anche la flessione, l'abduzione e l'adduzione della mano sono normali.
N. DI PAOLA.

La resezione del nervo carotideo interno.

G. Pieri (*Ann. It. Chir.*, agosto 1933) ha eseguito sette volte, talora in anestesia locale, la resezione del n. carotideo interno, per iperidrosi del viso, lagoftalmo da paralisi del facciale e spasmo dell'arteria retinica. Non ha avuto incidenti o complicazioni.

Con una incisione obliqua lungo il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo, a livello dell'apice dell'apofisi mastoide superiormente, fino all'altezza dell'osso joide, incide cute, sottocutaneo e aponeurosi cervicale media; andando in profondità, giunge sulla giugulare int. che porta in avanti, fra essa e la carotide int, compare il vago, che porta pure in avanti. In questo modo si vede la parte alta del primo ganglio del simpatico, più o meno aderente al piano prevertebrale, si isola con tamponcini montati fino al polo superiore (dove nasce il n. carotideo int.) che si porta in avanti con un piccolo uncino e si seziona con un bisturi angolare di Adson. CIDDIO.

Lo zolfo nella terapia di alcune psicosi croniche.

Per la piretoterapia di alcune psicosi croniche, A Vanelli (*L'Ospedale maggiore di Novara*, 1933, n. 7) ha usato dapprima una soluzione di zolfo in olio canforato che provoca però grave dolorabilità; ha adottato in seguito un preparato piretogeno sulfureo, costituito da una vera soluzione di solfo nell'olio, con piccola quantità di sostanze anestetiche e di adrenalina. Con l'iniezione nei glutei di 5 cmc. di tale preparato e contemporaneamente iniezione al derma della regione flessoria dell'avambraccio di cmc. 0,20-0,30 di latte ovvero di un autolisato di birra, otteneva nella notte un aumento di temperatura fino a 39°-40°. Praticava a distanza di 3-4 giorni altre iniezioni aumentando la dose a 7-10 cmc.

Riporta una statistica di 40 malati con demenza precoce, psicosi maniaco-depressiva, paralisi progressiva. Subito dopo la prima iniezione, si attenuano e scompaiono le gravi agitazioni, gli stati di impulsività, le allucinazioni vivaci, risultati che coincidono con quelli ottenuti da altri autori. In seguito, si ebbero grandi miglioramenti, sicchè i malati si dedicano con alacrità al lavoro ed anche gli inerti, gli abulici, gli apatici sono resi alquanto tranquilli. Trattandosi di forme cronicizzate, i risultati non potevano essere migliori.

Le modificazioni biologiche prodotte da tale terapia sono state studiate da E. Rizzatti e V. Debeus (*La schizofrénie*, giugno 1933) i quali hanno investigato soprattutto le curve leucocitarie trovando che tali iniezioni provocano una reazione leucocitaria a tipo mieloide, con massimo dopo 15 ore; tale reazione non è dovuta agli organi emopoietici, ma è di origine tissulare. La velocità di sedimentazione aumenta sempre, ma lentamente e pure lentamente discende alle cifre primitive. *fil.*

L'avvenire dei dementi paralitici malarizzati.

H. Claude e P. Masquin (*Presse médicale*, 13 dic. 1933) riferiscono su 269 individui malarizzati e seguiti anche per un periodo di 8 anni. I risultati ottenuti sono i seguenti:

Ricuperi sociali	41,2 %
Remissioni buone	23.6 %
Remissioni abbastanza buone	17.6 %
Risultati mediocri	17,0 %
Risultati nulli	18,0 %
Decessi	23,0 %

La statistica riguarda i malati internati in manicomio, quindi in stato avanzato. Ancor migliori sono i risultati ottenuti nella clientela privata: 47 casi con il 50 % di ricuperi sociali, 5 decessi e 5 ricadute.

Fra i ricuperi sociali, che si mantengono da 2 a 8 anni, vi sono molti capi d'imprese, che hanno potuto riprendere la direzione dei loro affari.

La malarioterapia deve essere intrapresa al più presto e non come *ultima ratio* dopo l'insuccesso di altri trattamenti. Essa ha maggior probabilità di riuscita nei casi recenti e nelle forme espansive, mentre sembra meno efficace nelle forme demenziali semplici, che si svolgono per lungo tempo senza richiamare l'attenzione dell'ambiente che avvicina il malato. I decessi verificatisi durante la malarioterapia non oltrepassano il 4 %: gli AA. l'hanno fatta con successo anche in una donna incinta. *fil.*

Un nuovo metodo di cura per la sclerosi a placche.

L. Horn (*Wien. Klin. Woch.*, 8 1934) in una breve nota preventiva consiglia il seguente trattamento:

La sera e la mattina seguente il paziente prende un cucchiaino da caffè di bicarbonato di sodio; resta digiuno sino alla prossima iniezione che sarà fatta alle ore 9 (5 cc. di elettrargolo); alle 11 una seconda iniezione di 10 cc. di soluzione Osmon al 33 %; la mattina seguente, pure a stomaco vuoto, una terza e ultima iniezione di g. 0,5 di tiosolfato di soda in 10 cc. di acqua, per via endovenosa.

Il ciclo di iniezioni si ripete a intervalli di 4-7 giorni, crescendo progressivamente le dosi dell'elettrargolo e della soluzione di zucchero, sino a giungere ad iniettarne, rispettivamente, 12 e 20 cc.

In complesso, la cura consiste in 8-12 cicli di iniezioni.

Con questo metodo, mirante a rendere più stabile il preparato d'argento e più duratura la sua azione, l'A. avrebbe ottenuto una certa remissione dei sintomi, specialmente nelle forme meno avanzate. V. SERRA.

Nelle crisi dolorose lombari.

F. Ramon (*Presse médicale*, 23 dic. 1933) consiglia:

1) Riposo in letto nell'immobilità, in decubito dorsale.

2) Applicazione sulla regione renale di impacchi umidi, caldi, in permanenza, rinnovandoli 2-3 volte al giorno.

3) Iniezioni muscolari profonde della seguente soluzione:

Acido salicilico *milligrammi due.*
Acqua distillata cmc. 2.

Le iniezioni si fanno una volta al giorno, in quattro punti differenti: due simmetricamente da ogni lato, nelle masse muscolari sacro-lombari; una all'estremità inferiore dei muscoli delle doccie vertebrali, l'altra a 4 dita trasverse più in alto. Tutte da farsi profondamente, con un ago lungo 5-6 cm. affondato in pieno muscolo, in stretta vicinanza della linea delle apofisi spinose. Tali iniezioni vanno ripetute ogni giorno fino a guarigione della lombaggine. *fil.*

La stricnina nell'intossicazione da dial.

Laignel-Lavastine e St. Bidou (*Soc. méd. hôpit.*, 8 dic. 1933) riferiscono il caso di una giovane di 24 anni che, 5 ore dopo l'ingestione di un grammo di dial, ebbe coma completo, con abolizione dei riflessi tendinei e pupillari. Venne trattata con iniezioni endovenose di solfato di stricnina, di cui si somministrarono 110 milligrammi in 30 ore. Guarigione completa.

Da rilevarsi la grande tolleranza alla stricnina degli intossicati barbiturici ed il buon risultato ottenuto con la stricnina ad alte dosi. *fil.*

Ipocalcemia ed emicrania.

G. F. Norman (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 17 febbraio 1934) ricorda come il termine di emicrania essenziale va facendosi sempre più raro, poichè si vanno sempre meglio scoprendo gli agenti capaci di determinarla.

Una particolare importanza andrebbe attribuita anche alla diminuzione della calcemia, osservata in quegli emicranici in cui sono anche facilmente provocabili, o insorgono spontaneamente, fenomeni tetanici o tetano-simili.

Basandosi su queste osservazioni, l'autore ha trattato oltre 70 malati, sofferenti di emicrania, con nausea e vomito, con preparati paratiroidei e viosterolo, osservando in molti casi un notevole miglioramento. V. SERRA.

SEMEIOTICA.

Rilievi semeiotici nel fibrotorace.

S. Aloigi (*Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, febbraio 1934) durante l'esame di un certo numero di soggetti portatori di fibrotoraci totali o parziali, ha messo talora in evidenza, eseguendo la percussione, una zona di ipersonorità paravertebrale omolaterale a timbro alto, rappresentata da una striscia rettangolare col limite superiore in corrispondenza della 1ª-2ª vertebra toracica e con quello inferiore della 8ª-9ª.

La larghezza massima sarebbe di cm. 4.

Questo segno è molto evidente nei casi di spostamento notevole cardiomediastinico (fibrotorace totale); poco o niente nel fibrotorace parziale; manca sempre quando la trachea non è spostata.

L'A. riferisce il sintoma in gran parte alla vibrazione della trachea e del grosso bronco destro e in piccola parte a quelle del parenchima sano dell'altro lato, che per la attrazione prodotta dalla fibrosi vengono a trovarsi sotto la zona di percussione. VICENTINI.

La pressione venosa periferica nella tubercolosi polmonare.

L'apparecchio usato da C. Floriani (*Giornale di Tisiologia*, febbraio 1934) è il manometro di Claude, nel quale egli ha interposto fra l'ago collocato nella vena e il manometro, un piccolo rubinetto a due vie, a mezzo del quale è possibile mettere in comunicazione l'apparecchio e con l'esterno e con la vena.

Scopo della modificazione è di poter scartare le false fermate della lancetta ed evitare così, la prova imbarazzante di Grellety-Bosvid.

L'A. considera due specie di pressione venosa: quella assoluta e quella relativa ossia relazionata alla pressione massima arteriosa dello stesso soggetto. È la pressione venosa relativa che più interessa.

Prendendo in più riprese la P. V. si può tracciare la « curva della P. V. » molto interessante come elemento diagnostico e prognostico.

L'A. ha studiato la P. V. in 52 malati di tbc. polmonare, giungendo alle seguenti conclusioni:

La curva della P. V. sta in intimo rapporto con la evoluzione del processo e con la apparizione di determinate complicazioni.

Una stessa forma clinica di tbc. polmonare può presentare ipo- o ipertensione venosa e ciò dipende dal grado della lesione polmonare e dalla evoluzione del processo.

Come elemento diagnostico, una elevazione della curva della P. V. sta ad indicare insufficienza di cuore o complicazione pleurica; in una tubercolosi acuta la P. V. elevata farà pensare ad una granulia, la P. V. lievemente diminuita od uguale, ad una splenopneumonia. Una curva della P. V. elevata, prescindendo da ogni complicazione, è caratteristica delle tbc. fibrose, delle granulie e del pneumotorace.

Importante assai è lo studio della P. V. come elemento prognostico. Infatti una curva costantemente bassa è di prognosi cattiva; una curva alta che discende indica prognosi riservata; una curva bassa che si alza gradatamente avvicinandosi alle cifre normali è di prognosi favorevole. VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Gozzo colloide sperimentale, provocato con la follicolina.

Karp e Kostriewicz (*C. R. Soc. Biologie*, n. 39, t. CXIV, p. 1339) hanno praticato delle esperienze su conigli sani del peso di 2 Kgr., somministrando ormoni ad azione follicolare (ovariohormon Spiess e monformon Orzanon). In un primo gruppo di animali iniettarono nelle vene 50-100 unità ratto di uno di tali preparati ogni giorno per 5 giorni. Sacrificarono gli animali 24 h. dopo l'ultima iniezione; in tutti meno che in uno notarono un'iperemia della glandola tiroide ed in mezzo a vescicole glandolari normali; ne notarono altre aumentate di volume; il lume di queste era dilatato e riempito di un colloide roseo; le cellule glandolari erano più basse che normalmente ed i nuclei meno colorati.

Negli animali del secondo gruppo gli AA. iniettarono giornalmente sottocute tutti e due gli ormoni follicolari per 53, 32, 16 giorni. Una prima serie ne ha avuto 50 unità ratto per giorno, ed una seconda serie 100 unità. In tutti si ebbero a notare modificazioni istologiche della tiroide riferibili a degenerazione colloide, più leggere, a forma iniziale frusta nelle esperienze di breve durata; in piena evoluzione nelle esperienze di lunga durata. In queste ultime la tiroide presentava microscopicamente l'aspetto di un gozzo colloideo. Infatti si rinvennero vescicole glandolari fortemente aumentate; il lume era molto dilatato e riempito di sostanza colloide rosea; le cellule glandolari ed i nuclei erano chiaramente appiattiti. Non si rinvennero più vescicole normali. JURA.

L'azione dell'ormone preipofisario tireotropo sul decorso della gravidanza.

Recenti studi sull'increto dell'ipofisi anteriore hanno dimostrato che esso fra altro contiene anche un ormone tireotropo. D'altra parte è nota l'influenza che la tiroide esercita sul ciclo sessuale in genere e sull'evoluzione della gravidanza in ispecie. L'esagerata attività della tiroide, o la sua disfunzione che si manifesta con fenomeni tireotossici, inibisce i normali processi della vita genitale e facilmente porta

all'aborto; sperimentalmente si arriva a risultati analoghi colla somministrazione della tiroxina: l'animale gravido presenta emorragie genitali, abbattimento generale che spesso portano alla morte; nell'utero si riscontrano feti macerati.

S. Glaubach (*Wiener Kl. Wochenschr.*, 2 febbr. 1934) ha voluto studiare la parte che spetta all'ipofisi anteriore nell'ipertiroidismo fisiologico nella gravidanza; nelle sue ricerche (per ora di carattere preliminare) egli ha somministrato l'ormone tireotropo dell'ipofisi a cavie e coniglie gravide; tale ormone (che si trova in commercio) veniva somministrato quotidianamente in quantità di 10-30 unità-cavia per via ipodermica.

In base ai dati ricavati dalle esperienze riesce chiara l'analogia fra i fenomeni provocati dalla tiroxina e quelli dovuti all'ormone tireotropo. Nella maggioranza dei casi, quest'ultimo ha portato alla morte dei feti e all'interruzione della gravidanza, pur mancando i fenomeni generali soliti a riscontrarsi negli animali trattati colla tiroxina.

Resta a stabilirsi se l'ormone tireotropo agisce direttamente o attraverso la tiroide, come pure osservare le alterazioni istologiche ad esso dovute; comunque lo studio dell'ormone tireotropo (ormotirina secondo Pappenheim. - N. del Red.) sin dai suoi inizi presenta problemi molteplici e suggestivi; già il fatto stesso di separazione di un increto a sè di cui la caratteristica principale sta nella sua azione su un'altra ghiandola endocrina rappresenta un notevole progresso nel campo endocrinologico.

S. Minz.

POSTA DEGLI ABBONATI

Contratture ed algie postapoplettiche. — All'abbonato N. 4396:

Le contratture che accompagnano le emiplegie da focolai emorragici cerebrali sono una dipendenza della lesione del fascio piramidale. I dati clinici e sperimentali fanno ritenere che i centri motori midollari si trovano sotto l'azione antagonista di impulsi cerebrali e cerebellari. La soppressione dei primi a seguito della interruzione delle vie piramidali, determina una prevalenza dei secondi donde l'esagerazione del tono muscolare, la contrattura.

I dolori che accompagnano tali contratture possono essere determinati da lesioni talamiche, ma il più delle volte sono di origine articolare, neuritica o simpatica.

Le cure elettriche non giovano a modificare lo stato delle contratture, nè a calmare i dolori, anzi spesso aggravano le une e gli altri. Meglio è praticare massaggi leggeri e brevi dei muscoli paralizzati, eseguire movimenti passivi nelle varie articolazioni progressivamente sempre più ampi, eventualmente calmare i dolori con piccole dosi di antinevralgici. Dr.

VARIA

La presbiopia e la durata della vita.

La presbiopia è una condizione che si manifesta sulla età media ed aumenta fino ai 60 anni, dopo di che rimane stazionaria. L'allontanamento del punto prossimo di visione è considerato come un processo normale nel ciclo di vita dei tessuti dell'occhio. Esso è apparentemente associato a modificazioni dei tessuti della lente, nel senso di aumento di durezza e diminuzione di elasticità; a causa dell'inabilità della lente a rilasciarsi od a contrarsi per l'accomodazione, diminuisce la possibilità di vedere bene gli oggetti tenuti vicini all'occhio.

H. Steinhaus (*Journ amer. med. assoc.*, 14 ottobre 1933) ha rilevato che esiste un rapporto fra l'invecchiamento del cristallino e dell'organismo in genere. Già Kronfeld aveva dimostrato che i bisogni energetici del cristallino sono gli stessi di quelli delle emazie. Nel bambino, il cristallino è così elastico che può assumere la forma necessaria per la visione a varie distanze e la grande curvatura che occorre per la visione in vicinanza. Con l'invecchiare, i tessuti tendono a perdere la loro elasticità ed il potere di accomodazione diminuisce sicchè il punto per la visione vicina si allontana sempre più. Steinhaus è convinto che l'invecchiamento del cristallino e quello dei tessuti del corpo procede alla stessa guisa, sicchè il grado di presbiopia può esser preso come un'indicazione per giudicare la vita probabile.

Con uno studio statistico fatto alla Clinica oculistica di Lipsia, l'A. ha confermato la verità del suo asserto, dimostrando che la probabilità di vita è molto maggiore negli individui che hanno un grado di presbiopia minore della media che in quelli che l'hanno maggiore. Negli individui fra i 40 ed i 50 anni, la differenza è di circa 10 anni in favore di quelli con minore presbiopia.

La sclerosi del cristallino, costituisce così un indicatore del processo d'invecchiamento di tutto l'organismo e può pertanto essere utilizzata nel giudizio per le assicurazioni sulla vita.

Le medie della presbiopia sono praticamente le stesse negli uomini e nelle donne; la vita più lunga di queste dipende dal modo diverso di vita, più tranquillo che per gli uomini. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. Mercanton. *Notas sobre un ensayo de tratamiento de manifestaciones patologicas en ginecologia.* Barcelona. 1933.

E. Palumbo. *Un raro caso di struma di tiroide aberrata del femore.* — Stab. Poligrafico Campi, Foligno, 1933.

R. Del Vecchio. *La protezione giuridica delle popolazioni civili in guerra.* — Tip. Pucci, Ancona, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACI S. ANTONIO (*Catania*). — Scad. 20 maggio; per Valverde; L. 8000 oltre L. 1000 disagiata resid.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

AMATRICE (*Rieti*). *Ospedale « Francesco Grifoni »*. Scad. 10 mag.; direttore medico chirurgo; lire 18.500 al lordo del 12 %; compartecipaz. 40 %; 6 anni di laurea; età limite 40 a. al 2 marzo. Chiedere avviso.

ANCONA. *R. Prefettura*. — Fino alle ore 18 del 30 aprile 1934 rimane aperto il concorso per titoli e per esami al posto di Ufficiale Sanitario, capo dell'Ufficio di igiene del Comune di Fabriano. Stipendio iniziale L. 10.000 annue, lorde, suscettibile di dieci aumenti biennali del ventesimo e indennità caro vita fino a quando verrà corrisposta all'altro personale del Comune. Età non superiore agli anni 45 salvo le eccezioni di legge. Le domande, con allegata la bolletta della Cassa comunale di Fabriano comprovante il pagamento della tassa di L. 50, debbono esser dirette alla R. Prefettura di Ancona. A richiesta, il Comune di Fabriano rimette esemplare dell'avviso di concorso.

BIELLA (*Vercelli*). — È aperto, presso l'Ospedale degli Infermi di Biella, il concorso per il posto di Primario Ostetrico della Sezione Maternità. Scadenza il 30 aprile 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale summenzionato.

BOSA (*Nuoro*). — Scad. 28 apr.; L. 8500 e 5 quadrienni oltre L. 840 c.-v.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

CAMPOBASSO. *Comune*. — Scad. 15 mag.; 2ª e 3ª condotta; L. 3000 e 3 quinquenni dec.

CAMPOFORMIDO (*Udine*). — Scad. 31 mag.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 1000 trasp.; riduz. 12 %.

CANINO (*Viterbo*). — Scad. 15 mag.; 2ª cond.; L. 8360 e 5 quadrienni dec., senza riduz.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

CASALFIUMANESE (*Bologna*). — Scad. 5 apr.; per frazione; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50.

CASTELBOGLIONE (*Alessandria*). — Concorso per titoli al posto di medico condotto. Stipendio lire 8000. Indennità di cavalcatura da stabilirsi annualmente. Se incaricato delle funzioni di Ufficiale Sanitario L. 500 annue. Il tutto soggetto alle riduzioni di legge. Scadenza quindici aprile 1934. Chiedere avviso all'Ufficio Comunale.

CASTELLUCCHIO (*Mantova*). — Scad. 16 apr.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 cavallo o autom., L. 500 ambulat., L. 900 se uff. san., c.-v.; tassa L. 50.

CASTELNUOVO NIGRA (*Aosta*). — Scad. 16 mag.; con Castellamonte; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1800 motocicletta o L. 3500 automob.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

CEPRANO (*Frosinone*). — Concorso, per titoli, al posto di medico chirurgo condotto. Lo stipendio assegnato a detto posto è di L. 8500 lorde della riduzione del 12 % e delle ritenute per tassa di Ricch. Mob., Cassa Prev. Sanitari, I.N.I.E.L. e Collegio-Convitto di Perugia, con l'aumento di un decimo per ogni quadriennio e per cinque quadrienni consecutivi, a decorrere dalla conseguita stabilità. Indennità caro-viveri nella stessa misura e per il medesimo tempo concessa agli altri impiegati comunali. La domanda, in carta da bollo da L. 3, dovrà pervenire entro il 30 aprile 1934-XII alla Segreteria Comunale di Ceprano, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità, possono desumersi dall'avviso di concorso da richiedersi alla Segreteria suмenzionata.

COTTANELLO (*Rieti*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

DESANA (*Vercelli*). — Scad. 15 apr.; L. 8000 per 400 pov., addizion L. 5, 10 bienni ventes., L. 500 bicicletta, c.-v., L. 150 ambulat., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

FABRIANO. — (Vedi ANCONA).

FAVIGNANA (*Trapani*). — Il podestà informa che la scadenza del concorso al posto di Medico Condotto di Favignana e della Frazione Levanzo, già fissata per il 6 marzo 1934, è stata prorogata al 6 giugno 1934. Stipendio annuo L. 8500 al lordo della riduzione del 12 % e delle ritenute di legge. La domanda, in carta da bollo di L. 3, dovrà pervenire non più tardi delle ore diciotto del su precisato giorno, accompagnata dai prescritti dieci documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità, possono desumersi dal bando di concorso alla Segreteria Comunale di Favignana che, a richiesta, ne invia copia.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale di Capitanata*. — Il Segretario generale con nota del 14 marzo 1934 comunica che, in esecuzione della deliberazione presidenziale 2 febbraio 1934-XII resa esecutoria con visto prefettizio del 28 febbraio c. a. N. 6503, il termine per la presentazione delle domande e dei documenti al concorso bandito il 5 dicembre 1933-XII per un posto di Coadiutore e per un posto di Assistente presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi è stato prorogato fino alle ore dodici del 31 maggio 1934-XII. Circa i limiti di età richiesti per poter partecipare al detto concorso trova anche applicazione il R. D. L. 23-3-1933, N. 227, avente per oggetto l'elevazione dei limiti di età, per l'ammissione agli impieghi, a favore di tutti coloro che risultano iscritti al P. N. F. anteriormente al 28 ottobre 1922.

FORIO D'ISCHIA (*Napoli*). — Scad. 29 apr.; per Panza; L. 9500 al lordo del 12 % e delle prescritte ritenute.

FORLÌ. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Posto di Medico Direttore della Sezione Dispensariale di Cesena. Scadenza ore diciasette del 30 aprile 1934-XII. Stipendio annuo L. 5500. Supplemento di servizio attivo L. 500. Riduzione del 12 % e ritenute come per legge. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Domanda, documenti di rito, diploma e prove di esami, come al bando di concorso, da richiedersi alla Segreteria del Consorzio. Tassa di concorso L. 50,10. A parità di merito, preferenze e precedenze come per legge agli aventi diritto. Durata della nomina un quinquennio con tacito rinnovo, come al regolamento e capitolato, ostensibili nella Segreteria del Consorzio.

Genova. *Spedali Civili.* — Scad. 3 maggio, ore 15; specialista in otorinolaringoiatria; titoli; L. 6000 al lordo del 12 %; nom. quinquennale e conferme triennali fino a 60 a.; laurea da 6 anni; doc. a 3 mesi dal 3 marzo; tassa L. 50. Aiuto allo specialista predetto; titoli ed esami: L. 5000; nom. e conferme triennali; età lim. 45 a.; laurea da 4 anni; altre condizioni come sopra. Chiedere avvisi. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale di S. Martino).

Isola del Gran Sasso d'Italia (*Teramo*). — Scad. 31 mar.; L. 8000 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

Isola del Liri (*Frosinone*). — Scad. 14 apr.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2400 cavalc.; riduz. 12 %; età limite 36 a.; tassa L. 25.

Masino (*Aosta*). — Scad. 30 mag.; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 840 c.-v., L. 1800 motocicletta o L. 3500 automob., L. 800 se uff. san.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

Melito di Porto Salvo (*Reggio Calabria*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cav.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

Mestre. — (Vedi Venezia).

Moliterno (*Potenza*). — Scad. 15 apr.; L. 6000 e 6 quadrienni dodicesimo.

Montecastrilli (*Terni*). — Scad. 30 apr.; per Avigliano; L. 8000 oltre L. 4000 trasp., c.-v., L. 600 serv. att.

Monteferrante (*Chieti*). — Concorso medico. Per titoli. Stipendio L. 10.000. Età massima anni 40. Scadenza 6 maggio 1934.

Palazzo S. Gervasio (*Potenza*). — Sino a tutto il 7 maggio 1934 è aperto il concorso, per titoli, al posto di medico condotto di Palazzo S. Gervasio. Stipendio annuo L. 7000, suscettibile di 5 aumenti quadriennali, pari ognuno ad un decimo dello stipendio iniziale, al lordo di tutte le ritenute di legge. Età minima anni 21, massima anni 40, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Tassa di concorso L. 50,10. Sarà tenuto conto delle preferenze di legge. Gli obblighi ed i diritti inerenti alla condotta risultano, oltre che dalle Leggi e Regolamenti in materia, dal Capitolato relativo in vigore per questo Comune. L'eletto dovrà assumere servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Per qualsiasi chiarimento rivolgersi alla Segreteria Comunale di Palazzo S. Gervasio.

Princo (*Alessandria*). — Scad. 31 mag.; L. 8000 oltre L. 700 trasp., c.-v., L. 500 se uff. san.; età limite 45 a.

Valstrona (*Novara*). — Scad. 5 mag.; L. 11.000 oltre L. 3500 trasp., L. 500 uff. san.; alloggio; riduz. 12 %.

Venezia. *Ospedale Civile di Mestre.* — Al 25 maggio, ore 17; medico radiologo, aiuto chirurgo, aiuto medico e medico assistente; per i primi 3 posti L. 6000; età lim. 35 a.; per il quarto L. 5400; età lim. 30 a.; compartecipazioni, indennità. Rivolgersi Segreteria.

Volterra. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 5 mag.; vice direttore, primario anatomo-patologo-igienista, primario criminologo; per il primo posto stip. L. 22.000 aumentabili di L. 3000 dopo 5 anni, oltre L. 7000 serv. att. e L. 3000 indenn. alloggio; per gli altri due stip. L. 20.000 e 2 quadrienni di L. 1000 oltre L. 5000 serv. att. e L. 2500 indenn. alloggio; riduz. 12 %. Per le altre condizioni rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

Avvertenza. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.**

Medico tedesco laureato in Germania ed in Italia, autorizzato all'esercizio professionale in Italia, cerca di associarsi a medico italiano per condurre gabinetto dermosifilopatico. Scrivere N. Fraschetti, via dei Ramni 2, Roma.

Concorsi a premi.

Fondazione Lady Tata per ricerche sul sangue.

Questa fondazione venne creata nell'aprile del 1932, in virtù di una donazione del compianto Sir Dorabji Tata, di Bombay, in ricordo della moglie, Lady Tata, morta di leucemia; ha lo scopo di promuovere le ricerche sulle malattie del sangue e più particolarmente sulla leucemia.

Sono state messe a disposizione della fondazione le somme necessarie per creare delle borse e dei premi, destinati a favorire le ricerche. Eccettuato un quinto degli interessi, al netto, riservato a ricerche fatte da indù (residenti nelle Indie o fuori), il resto verrà attribuito a candidati di tutte le nazionalità, non esclusa la indù.

Nel giugno 1933 ebbe luogo l'assegnazione delle prime 4 borse. Ora si annunzia l'istituzione di altre 4 borse, del valore di sterline 400 ciascuna (24.000 lire it. incirca) all'anno. L'assegnazione verrà fatta nel giugno 1934, a lavoratori (uomini o donne) per ricerche sulle malattie del sangue, riferentisi particolarmente alle leucemie. Ogni borsa sarà valida per un anno, a partire dal 1° ottobre 1934, e potrà essere rinnovata sino alla durata normale e massima di 3 anni. Le borse verranno assegnate di preferenza a candidati che dedicano tutto il loro tempo alle ricerche; ma possono esserlo anche a candidati che dedicano una parte del loro tempo all'insegnamento, purchè la parte maggiore della loro attività sia destinata alle ricerche.

I candidati devono far pervenire la domanda, entro il 15 aprile, al prof. A. Vacha (Calvin Strasse 27, Berlin NW 40, Germania), dal quale potranno ottenere i moduli delle domande. In casi di ritardi, per ragioni eccezionali giustificate, le domande potranno essere accettate fino al 30 aprile; ma trascorso questo termine non saranno più prese in considerazione.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

L'alto onore della selezione senatoriale è stato conferito a due illustrazioni della medicina: il prof. Giuseppe Muscatello, ordinario di Clinica chirurgica e rettore della R. Università di Catania, ed il prof. Giunio Salvi, ordinario di anatomia umana normale e rettore della R. Università di Napoli, l'uno e l'altro deputati uscenti.

Indirizziamo ai due insigni Maestri le nostre sincere felicitazioni.

La Federazione Provinciale dell'Opera Naz. Maternità e Infanzia di Firenze ha assegnato al prof. G. A. Dotti la medaglia d'oro di benemerenza per la fervida attività prestata come ispettore dell'Opera stessa.

Il prof. Carlo Baslini, segretario del Sindacato provinciale fascista dei medici di Milano, è nominato commissario dell'Ordine dei Medici della stessa provincia.

NOTIZIE DIVERSE.

La Fondazione Tomarkin in Italia.

La Fondazione Tomarkin ha trasferito la sua sede in Italia. Il suo nuovo indirizzo è: via Marco Minghetti 17, Roma.

Il VI Corso Internazionale di Alta Coltura Medica della Fondazione Tomarkin avrà luogo a St. Moritz (Grigioni-Svizzera) dal 5 al 18 agosto 1934.

Saranno trattati i seguenti argomenti: Affezioni del cuore; Problemi della nutrizione; Pediatria; Balneologia; Affezioni gastroenteriche; Medicina sociale; Temi di scelta libera.

L'Ente Turistico di St. Moritz sta facendo il necessario per ottenere per i medici partecipanti al Corso ed ai componenti le loro famiglie delle condizioni specialissime di soggiorno e di viaggio.

Per informazioni dettagliate rivolgersi alla Segreteria della Fondazione, sede predetta (indirizzo telegrafico: Tomarkin, Roma).

Tra i conferenzieri figureranno, fra altri, i seguenti scienziati e Maestri italiani: S. E. prof. Blasi, S. E. Bottai, S. E. prof. Bottazzi, prof. Fichera, prof. Foà, prof. Frugoni, prof. Gemelli, prof. Giannini, prof. Medea, on. prof. E. Morelli, prof. Nasso, prof. sen. Pende, prof. Ragazzi, prof. Valagussa, prof. Visco, prof. Zoja, ecc.

9° Congresso nazionale di radiologia medica.

Come abbiamo annunziato, nei giorni 20-22 settembre avrà luogo in Perugia l'XI Congresso Nazionale di Radiologia Medica, il quale sarà presieduto dal prof. Eugenio Milani. Vi sarà annessa una mostra di apparecchi ed accessori di radiologia e terapia fisica. È intendimento del Comitato organizzatore del Congresso di allestire in quella occasione una Mostra del Libro e del Giornale Italiano di Radiologia (ed argomenti affini), sia come affermazione di italianità, sia come dimostrazione del progresso raggiunto anche in questo campo dalla nostra grande industria del libro e del giornale scientifico.

Per ogni accordo o schiarimento rivolgersi al Tesoriere e Commissario per l'Esposizione degli Apparecchi, dott. Carlo Fratini (Istituto di Radiologia, Policlinico di Perugia).

Convegno della Sezione Emilia-Romagna della Federazione italiana per la lotta contro la tubercolosi.

Avrà luogo sotto la presidenza del prof. D. Ottolenghi nei giorni 17 e 18 giugno a Rimini. Il prof. Ottolenghi riferirà sulla importanza delle cure marine nella profilassi della tubercolosi. Saranno indi svolti i seguenti temi di relazione: 1° La cessazione del pneumotorace terapeutico (rel. prof. G. Costantini); 2° La profilassi della tubercolosi in rapporto alla disposizione individuale ed all'esposizione al contagio (relatori: prof. M. Pincherle e prof. A. Campani).

Non sono ammesse comunicazioni che non siano inerenti ai due temi di relazione, sui quali verrà aperta la discussione.

Durante il Convegno verranno organizzate visite ai varî Istituti e alle colonie profilattiche della Riviera ed una gita a S. Marino; la chiusura del Convegno avrà luogo a Predappio.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria: Bologna, via Dante 6.

L'assicurazione contro le malattie professionali.

La Confederazione generale fascista dell'industria italiana, con circolare alle dipendenti associazioni, ha fatto presente che è ancora incompleto il numero delle denuncie pervenute all'I.N.F. per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (I.N.F.A.I.L.) da parte delle aziende che esercitano industrie o lavorazioni che fanno loro obbligo dell'assicurazione per gli operai addettivi.

Poichè si ritiene che gli industriali i quali non hanno fatto la prescritta denuncia non abbiano presente l'obbligo ad essi derivante dalla legge, la Confederazione ha invitato le associazioni confederate di voler provvedere sollecitamente ad attirare l'attenzione degli industriali esercenti attività o lavorazioni comprese negli obblighi della legge sulla necessità di uniformarsi alle disposizioni di essa, non solo per evitare le sanzioni relative, ma anche per la convenienza che essi hanno di provvedere tempestivamente a mettersi in regola con l'osservanza della legge medesima e, altresì, per confermare, ancora una volta, la sollecitudine esemplare che essi hanno sempre dimostrato nello adempiere agli obblighi derivanti dall'assicurazione sociale.

Ospedale per classi medie a Parigi.

Il Municipio di Parigi ha riconosciuto legittime le proteste dei medici, in merito all'accettazione di malati delle classi medie negli ospedali dell'« Assistance Publique », ospedali che dovrebbero essere destinati ai poveri.

D'altra parte ha sentito il dovere di venire in aiuto delle classi medie, che spesso risentono molto duramente le conseguenze delle malattie. Ha perciò deciso di erigere un grande ospedale municipale per le classi medie.

Esso sorgerà nel 13° circondario; i malati occuperanno una stanza per ciascuno; saranno assistiti da medici di loro scelta; si gioveranno di tutta l'organizzazione per un'assistenza delle più complete.

Si è stabilito, a richiesta di un consigliere municipale, che i medici dovranno essere solo francesi.

Le case di salute private hanno elevato delle proteste, poichè temono di veder sottratta una parte della loro clientela. Per altro, questa clientela è quasi esclusivamente ricca, dato che le tariffe sono alte.

Nella stampa medica.

« Acta Aerophysiologica » redigenda curavit a. ö. Prof. Dr. Ludolf Brauer: questo nuovo periodico, il quale reca il frontispizio in latino, ha lo scopo di raccogliere i lavori e gli studi relativi all'influenza dell'aeronautica e dell'alpinismo sull'uomo.

Il Brauer è di sicura competenza, poichè dirige i grandiosi laboratori dello « Allgemeine Krankenhaus » di Amburgo-Eppendorf.

Il periodico è édito dalla casa Broschek & Co. (Hamburg 36) ed è posto in vendita da Conrad Behre (Kleine Johannist. 19, Hamburg 1), presso il quale si possono avere informazioni e programmi e si può richiedere il primo fascicolo (al prezzo di RM 3).

Questo risulta di 86 pagine e contiene lavori di Margaria e Talenti (influenza di miscele a basso contenuto di ossigeno sulla respirazione), Dorno (ricambio termico e idrico degli aviatori), Schal-

tenbrand (influenza delle variazioni di pressione atmosferica sulla pressione del liquor), Dringshofen (tecnica delle registrazioni elettrocardiografiche, pressorie, spirometriche ecc., durante il volo), Goldmann (campo visivo a grandi altezze) ecc. Al periodico non potrà mancare l'interessamento dei fisiologi, dei medici, degli igienisti.

Limitazioni alla tonsillectomia in Inghilterra.

Il Ministro inglese di Sanità, or è qualche tempo, aveva pubblicato un rapporto sulla tonsillectomia, nel quale si metteva in rilievo che l'intervento è praticato troppo spesso in Inghilterra.

Ad iniziativa del laringologo H. Tilley, il problema è stato ora discusso ampiamente. Risulta che alla tonsillectomia spesso segue ipertrofia del tessuto linfatico sulle pareti laterali e posteriori del faringe, evidentemente a scopo compensatorio, e che ne derivano con frequenza molestie, come tosse irritante, raucedine ecc., sintomi difficili a curare. D'altra parte molti casi d'ipertrofia delle tonsille, lasciati a sè o curati medicalmente, guariscono; segue uno stato di salute perfetto e durevole. Mentre le vegetazioni adenoidi vanno asportate, non così le tonsille ipertrofiche, salvo i casi di tonsilliti settiche, che alimentino infezioni a distanza.

Il rappresentante del ministero di sanità, dott. J. Alison Glover, portò delle statistiche, da cui risulta che la tonsillectomia viene eseguita troppo spesso tra i fanciulli di famiglie ricche (con una frequenza incirca 4 volte maggiore che tra quelli di classi povere), sebbene l'ipertrofia sia altrettanto comune tra i ricchi come tra i poveri.

Professori sotto accusa al Giappone.

Uno scandalo inconsueto si è prodotto nel Giappone.

Quivi i medici possono esercitare senza il titolo dottorale (come in Germania, dalla quale si sono copiati gli ordinamenti degli studi universitari); tuttavia questo titolo conferisce credito ed è quasi indispensabile per ottenere una larga clientela.

Al Collegio Medico di Nagasaki tre professori sono stati accusati di aver trafficato il titolo e 8 medici sono stati accusati di averlo ottenuto fraudolentemente.

I tre professori, fra i quali è il più celebre ginecologo del Giappone, sono stati « fermati » dalla Polizia. La Società dei professori universitari ha elevato una vivace protesta al riguardo.

Tutti i medici dottorandi hanno rifiutato di sottoporsi all'esame da parte dell'attuale commissione. In seguito a questa azione, il preside, 16 professori titolari e 8 professori assistenti (straordinari) hanno rassegnato le dimissioni; ma il ministro dell'educazione nazionale non le ha accettate. Il ministro si trova imbarazzatissimo circa le misure da adottare.

Si attribuisce lo scandalo ad una montatura. Esso sarebbe l'esito di un vecchio attrito tra i professori del Collegio, distinti in due gruppi antagonisti, a seconda che provengano dall'Università di Kyoto o da quella di Tokio. L'attrito è già degenerato molte altre volte in situazioni incresciose.

Azioni giudiziarie.

Il Tribunale Civile della Senna (I Camera) ha ora in esame una causa intentata contro il dott. Jaworski, da un cliente, sig. Yrurstia, sotto l'accusa di aver conferito, allo stesso, una grave malattia infettiva nel praticare una trasfusione di sangue. Un perito, dott. Dufour, ha messo fuori dubbio che il contagio è avvenuto; ma il Tribunale ha stimato insufficiente la relazione ed ha nominato un collegio peritale, composto dei dottori Cerasi, Fourraine e Descomps, i quali dovranno rispondere ad una serie di domande definite: se il paziente è ancora malato; quali sono state le conseguenze e le ripercussioni fisiche e morali della malattia; se il dott. Jaworski prese tutte le precauzioni per evitare il contagio e se questo era evitabile; qualora il dott. Jaworski abbia commesso un errore, quale ne è l'entità.

* * *

Il Tribunale Correzionale di Bordeaux ha condannato un cittadino bulgaro, Stefano Petroff, a 2 anni di prigione, per avere falsificato un titolo di studi secondari, in base al quale aveva ottenuto l'iscrizione alla Facoltà medica.

Radiostazione soppressa per diffusioni illecite.

Demmo notizia della stazione radio di Milford (Kansas, Stati Uniti), mediante la quale un certo John R. Brinkley, « specialista » in materia glandolare, faceva una propaganda ciarlatanesca attraverso conferenze d'igiene e di medicina. Quella propaganda venne proibita. In seguito a ciò il Brinkley impiantò una stazione ultra-potente nel Messico, ai confini del Texas: la stazione XER, di Villa Acuna. Gl'introiti del suo commercio erano tali, da permettergli non solo l'impianto e il funzionamento della stazione, ma anche la tassa ingentissima di cui venne gravato. Ora però il Governo del Messico ha stabilito di chiudere la stazione, motivando il provvedimento con varie considerazioni, tra cui due principali: l'attitudine di ribellione assunta dal Brinkley contro il Governo degli Stati Uniti ed il fatto che la stazione non è di alcun giovamento al Paese.

Un po' dovunque.

La 2ª conferenza della Società internazionale di patologia geografica si terrà dal 26 al 28 luglio in Utrecht (Istituto patologico, Pasteurstraat 2). Tema principale: « l'arteriosclerosi ».

Il 29º Congresso dell'Associazione francese degli anatomici si tiene a Bruxelles dal 25 al 29 marzo, sotto la presidenza del prof. A. P. Dustin.

La 15ª conferenza internazionale della Croce Rossa è indetta a Tokio dal 20 al 29 ottobre.

Il Congresso della Società roentgenologica tedesca avrà luogo a Baden-Baden il 14 e il 15 aprile.

La riunione annuale della Società svizzera di pediatria si terrà a Neuchâtel il 23 e il 24 giugno.

Il Congresso internazionale di omeopatia è annunziato dal 25 al 28 luglio in Amsterdam e Arnheim (Olanda).

L'Associazione Medica Cinese ha annunziato la sua 2ª Conferenza per i giorni 31 marzo - 7 aprile. Per informazioni e per gli atti rivolgersi al segretario generale, Dr. H. P. Chu, Chinese Medical Association, Tzepang Road 41, Shangai, Cina.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 9 gennaio e il 2 e il 16 febbraio, sotto la presidenza del prof. M. Donati; furono fatte communi-

cazioni da: G. Nogara, A. Peroni, J. Arce (ospite straniero), U. Camera, I. Abbo, R. Fumagalli, L. Frassi, E. Ettorre, L. Mucchi, R. Zanchi, L. Pizzagalli (in collaborazione di A. Sostegni), P. Rossi, G. Distefano.

La Sezione Napoletana della « Società Italiana di Chirurgia della Bocca » si è adunata il 13 dicembre sotto la presidenza del prof. R. D'Alisa. Furono fatte comunicazioni da: V. Francia e M. De Fazio.

La Società Medico-Chirurgica Veronese si è adunata il 4 marzo, sotto la presidenza del dott. F. Delaini, assistito dal segretario prof. G. Zanni. Furono fatte comunicazioni dai dottori: prof. M. Artom, F. Pomiti, S. Fiocco, E. Fiorini, G. Frongia.

La Società Medica Goriziana si è adunata il 1º marzo, sotto la presidenza del prof. Bellavitis. Furono fatte due comunicazioni dal dott. Debeus.

Il Sindacato Provinciale Medico di Caltanissetta si è adunato il 4 marzo; furono fatte tre comunicazioni dal prof. G. Piazza.

La Società Medico Chirurgica Trevisana si è adunata il 16 marzo. Furono fatte comunicazioni dai dottori L. Bevilacqua, G. Colesanti, M. Bortolozzi.

Si è costituita a Napoli, sotto la presidenza del prof. De Falco, una Sezione campana della Società italiana di antropologia e psicologia criminale.

Presso la Facoltà medico-chirurgica della R. Università di Cagliari è stato organizzato un corso di aggiornamento per medici pratici, dal 16 al 24 maggio; quota d'iscrizione L. 25. Seguiranno il 1º Congresso medico regionale sardo (26-27 maggio) e il 5º Congresso nazionale di microbiologia (27-31 maggio). Rivolgersi al prof. Luigi Castaldi, Istituto Anatomico, via Genovesi 45, Cagliari.

Un corso di « nozioni attuali in pediatria », sarà dato dal 4 al 14 aprile nell'« Hôpital des Enfants-Malades » di Parigi, sotto la direzione dei proff. Nobécourt e Jean Cathala; iscrizione 250 franchi. Rivolgersi alla Segreteria della Facoltà medica.

Il prof. Esser ha tenuto, nell'aula della R. Clinica oculistica di Firenze, una conferenza sulla chirurgia plastica. Ha esposto, nelle linee generali, un progetto per la creazione di un Istituto internazionale di chirurgia plastica, auspicando Firenze come sede adatta.

Il prof. Armando dei Rossi ha tenuto, alla Società adriatica di scienze naturali di Trieste, una conferenza sul tema: « Di alcune vedute recenti sulla fisiologia dell'udito ».

Il dott. Hans von Hathimgberg — al quale è stata conferita una cattedra di psicoterapia nell'Università di Berlino — è stato invitato a tenere un corso di conferenze nell'Università di Ann Arbor, al Michigan (Stati Uniti), durante il prossimo semestre estivo.

Il dott. Dandolo Mattoli, di Firenze, ha tenuto a Roma, nel salone della Confederazione dell'Industria, al Foro Italico, una conferenza sul tema: « La omiopatia pura e il vero metodo omiopatico ».

Il sen. prof. Pende, in un'intervista concessa al « Lavoro Fascista » sulle ricerche per una razionale organizzazione igienica e produttiva del lavoro, ha messo in rilievo gl'inconvenienti e i danni del taylorismo.

La Regina Elena si è compiaciuta di visitare i nuovi grandiosi locali dell'Ospedale di Santo Spirito in Roma; ha percorso i varî reparti; negli uffici di presidenza ha ammirato le numerose opere d'arte; nella Biblioteca Lancisiana ha apposto la firma sul « Codex liber fraternitatis », ove le fu segnalata la firma di Margherita di Savoia, apposta nel 1874.

Il re Giorgio V e la regina Maria inaugurarono ufficialmente, il 12 dicembre scorso, le nuove costruzioni della Scuola medica e dell'Istituto patologico al « St. Mary's Hospital » di Londra. Queste costruzioni sono adiacenti; constano di 4 piani ed un interrato. Ne fanno anche parte una piscina natatoria e campi sportivi per gli studenti. Decano della Scuola è il dott. Charles M. Wilson; direttore dell'Istituto è Sir Almroth Wright. Le precedenti costruzioni erano state inaugurate nel 1852.

La sig.na M. Rivalta ha versato al Comune di Milano L. 100.000, quale legato disposto dal di lei compianto fratello dott. P. Rivalta, a favore dell'Ospedale-Sanatorio comunale « Vittorio Emanuele III » per tubercolotici in Garbagnate.

L'on. Balbino Giuliano, Commissario della Confederazione Nazionale Sindacati Fascisti Professionisti e Artisti, ha diramato una circolare contro il cumulo delle cariche, siano pure non retribuite.

L'on. Eugenio Morelli, in omaggio al principio relativo alla limitazione del cumulo delle cariche, ha rassegnato le dimissioni da presidente dell'Associazione Provinciale dei Combattenti, da presidente dell'Associazione Nastro Azzurro e da presidente della Cattedra Ambulante di Agricoltura di Sondrio.

Il dott. Pietro Sabella, per avere investito con la sua auto il dott. Carlo Belli, è stato condannato dal Tribunale di Roma (XII Sezione) a 2 mesi di reclusione con la condizionale ed ai danni verso la parte civile liquidati in lire 20 mila.

Per un infortunio automobilistico è morto il dott. R. Cadarzo, professore di anatomia umana e rettore dell'Università di Santiago de Compostella (Spagna).

È con infinita tristezza e con senso di rispetto che salutiamo la memoria del prof. PINARD, morto nel suo paese natale, Mery-sur-Seine, in età di 91 anni.

Egli ha dedicato tutta la sua vita all'arte ostetrica, ma anche — e ciò costituisce il suo principale titolo di gloria — alla puericultura. Egli ha creato non soltanto la parola, ma anche la cosa. Fu sovratutto un apostolo fervente dell'allattamento materno.

Lascia una serie di opere: « Traité du palper abdominal » del 1878, « Traité de l'infection puerpérale » in collaborazione di Wallich, del 1896; « Clinique obstétricale », del 1899; « Pratique médico-chirurgicale » in collaborazione di Brissaud e Reclus, del 1907. Lascia anche apprezzati contributi di clinica, patologia, terapia, medicina sociale.

M. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Giorn. Ven. di Sc. Med., gen. — P. Rebesi. Emipertrofia congenita.

Rassegna Internaz. di Clin. e Ter., 15 gen. — G. Zagari. Calcificazione del pericardio. Corazza calcare del cuore.

Presse Méd., 27 gen. — R. Grégoire. Esofagoplastica pretoracica nelle stenosi incurabili dell'esofago. — A. Radovici e O. Meller. Ventricolografia.

Paris Méd., 27 gen. — J. Albert-Weil. Si deve o no combattere la febbre?

Rif. Med., 20 gen. — G. Izar e P. Moretti. Onde corte. — S. Costantino. Azione dell'acetilcolina e dell'istamina sulle reazioni dermografiche.

Journal A. M. A., 20 gen. — H. A. Christian. Tipi di nefriti e loro trattam. — E. G. Bannick. Nefrosi lipoidica. — J. Brem e J. S. Leopold. Terapia ovarica; ormone sessuale femminile ed emofilia.

Forze San., 20 gen. — G. Boeri. Infezione reumatica.

Brux.-Méd., 28 gen. — P. Ravaut. La sifilide inapparente del sistema nervoso.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., feb. — W. Yorke. La cosidetta resistenza ai medicinali.

Presse Méd., 31 gen. — A. Raybaud e A. Roche. La sorbite nella cura del diabete m.

Jornal dos Clínicos, 15 dic. — A. Pinkeiro Machado. Sul trattamento della blenorragia.

Archiv. Uruguayos de Méd. ecc., dic. — J. C. Mussio Fournier e A. Loubejac. Sedazione immediata del dolore nelle epididimo-orchiti gonococciche.

Deut. Med. Woch., 2 feb. — v. Bergmann. Magrezza e deperimento. — Wateff. Vertigo epidemica in Bulgaria.

Practitioner, feb. — Numero sulla terapia fisica nella pratica generale.

Ann. di Oftalmologia, ecc., gen. — Sculica. Cataratta congenita familiare. — Marchesini. Bismutoterapia del tracoma.

Giorn. di Batter. ecc., gen. — A. Virando. Localizzazione elettiva dei germi. — B. Mela. Infezione focale.

Rif. Med., 27 gen. — A. Bottoli. Rapporti tra spondilosi rizomelica ed infezione gonococcica.

Paris Méd., 3 feb. — Numero di radiologia.

Brit. Med. Journ., 3 feb. — A. Lislie Punch, R. R. Trail. Pneumotorace artific.

Sang, 2. — Bagdassarov e al. Meccanismo d'azione della trasfus. di sangue.

Giorn. di Cl. Med., 20 gen. — A. Cantani. Speciale sindrome polinevralgica acuta infettiva.

Riv. San. Sicil., 15 gen. — E. Greppi. La patologia arteriosa funzionale nel cimento della vita moderna.

Münch. Med. Woch., 2 feb. — L. R. Grote. Il compito dei reni nel diabete.

Minerva Med., 27 gen. — A. Gasbarrini. Cancro del colon sin. — 3 feb. O. Uffreduzzi. Circolazione della bile nelle vie biliari intra- ed extraepatiche. — E. Massobrio e al. Siero-reazione di Weltmann.

Giorn. di Med. Milit., gen. — G. Mennonna. Vaccinazione antitifica mediante frizioni cutanee.

Presse Méd., 3 feb. — G. Paisseau. Allergia comparata alla tubercolina e ai filtrati d'ultravirus tubercolare.

South Afr. Med. Journ., gen. — Numero di dietetica.

Journal A. M. A., 27 gen. — J. G. Reinhold e al. Azione della glicina (glicocolle) nella distrofia muscolare.

Haematol., Arch., 1. — Pozzan. Emocateresi. — G. Barbaro-Forleo. Terapie antianemiche.

Mediz. Klinik, 10 feb. — S. Jellininek. Gli elettrotraumi. — H. Curschmann. L'inizio del morbo di Basedow.

Indice alfabetico per materie.

Aderenze viscerali ed innesti epiploici liberi . . . . . *Pag.* 469
Apoplessia cerebrale: contratture ed algie consecutive . . . . . » 475
Bibliografia . . . . . » 469
Crisi dolorose lombari: trattam. . . . . » 473
Cuore: sutura . . . . . » 462
Emicrania ed ipocalcemia . . . . . » 473
Fibrotorace: semeiotica . . . . . » 474
Gozzo colloide sperimentale provocato con la follicolina . . . . . » 474
Herpes zoster e nevrite in diabetici senza glicosuria . . . . . » 472
Intossicazione da dial: trattam. . . . . » 473
Ipofisi: varia 468, 474
Nervo carotideo interno: resezione . . . » 472
Paralitici malarizzati: avvenire . . . . . » 473
Pigmento cutaneo: fisiologia normale e patologica . . . . . » 467
Polmonitiche: affezioni — e tipi sierologici di pneumococchi . . . . . » 443
Presbiopia e durata della vita . . . . . *Pag.* 475
Psicosi croniche: piretoterapia 472, 473
Sclerosi a placche: cura . . . . . » 473
Sindrome di Volkmann curata con la simpaticectomia periarteriosa . . . . » 472
Steatorrea, con riguardo alle malattie del pancreas e alla sprue . . . . . » 469
Stomaco: neurosi . . . . . » 464
Stomaco: patologia . . . . . » 463
Stomaco: ritorno dell'acidità dopo gastrectomia subtotale e doppia vagotomia . . . . . » 466
Tracheotomizzati: cannula cedevole per — . . . . . » 458
Tubercolosi cutanea: complesso primario del Bruusgaard . . . . . » 448
Tubercolosi polmonare: pressione venosa periferica . . . . . » 474
Ulcera gastrica e duodenale: teoria traumatico-digestiva nella patogenesi . . » 455

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

☛ *Per i Concorsi ai posti di UFFICIALE SANITARIO, rammentiamo ai nostri Signori abbonati le seguenti interessanti pubblicazioni:*

Dott. AZEGLIO FILIPPINI Dirigente il Reparto d'Igiene applicata nell'Istituto sperimentale delle FF. SS. in Roma

PRONTUARIO DELL'IGIENISTA

PREFAZIONE DEL PROF. SEN. **GIUSEPPE SANARELLI** DIRETTORE DEL R. IST. D'IGIENE DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.

Su questa nostra edizione già pubblicammo i giudizi espressi in « Lotte Sanitarie »; « Annali di Igiene »; « Italia Sanitaria »; Rivista di Biologia »; « Avvenire Sanitario »; « Giornale di Medicina Ferroviaria ».

Riportiamo anche i seguenti, che dimostrano il favore con cui questo utile PRONTUARIO è stato accolto, oltrechè dalla stampa medica, da illustri cultori dell'igiene:

« *Ho preso in esame il Prontuario, ritraendone la migliore (è la pura verità) delle impressioni. Ella ha fatto cosa utilissima e l'ha fatta bene, con amore, con giusta misura, con modernità. Tanto gli studenti che i medici ne trarranno indubbi vantaggi* ».

Prof. ODDO CASAGRANDI Direttore dell'Istituto di Igiene della R. Università di Padova.

« *Il Prontuario dell'Igienista è un'opera di grande utilità pratica e condotta con profonda competenza, che non fa meno onore all'Editore che all'Autore* ».

Prof. D. OTTOLENGHI Direttore dell'Istituto di Igiene della R. Università di Bologna.

« *Data l'indole del Manuale che deve andare nelle mani degli studiosi di Igiene e dei praticanti di Laboratorio, lo trovo molto al corrente dei varî argomenti e molto utile per i medici e per gli Ufficiali Sanitarî. Io l'ho consigliato ai miei iscritti al Corso di Igiene pratica* ».

Prof. E. DI MATTEI Direttore dell'Istituto di Igiene della R. Università di Catania.

« *.....ho motivo di giudicare che il Prontuario, da Lei così bene compilato, debba avere larga diffusione con vantaggio grande degli studiosi e dei Funzionarî d'Igiene* ».

Prof. A. DI VESTEA Direttore dell'Istituto di Igiene della R. Università di Pisa.

Volume in-8° di pagg. XVI-562, nitidamente stampato ed artisticamente rilegato in piena tela.
Prezzo L. **52** più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati, sole L. **48,50** franco di porto.

☛ ***Pubblicazione utile a tutti indistintamente i Medici:***

Prof. Dott. AUGUSTO FRANCHETTI MEDICO PROVINCIALE PRESSO LA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA

Appunti di legislazione per gli Ufficiali Sanitari

Affinchè i lettori possano rendersi conto dell'interesse pratico di questo Manualetto, riportiamo l'Indice dei Capitoli:

	Pag.
Al lettore	III
I. — La figura giuridica dell'ufficiale sanitario	1
II. — La nomina degli ufficiali sanitari	5
III. — L'abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie e affini	10
IV. — La vigilanza sull'esercizio delle professioni sanitarie e affini	16
V. — L'esercizio abusivo delle professioni sanitarie e la disciplina delle arti ausiliarie	23
VI. — L'igiene del suolo e dell'abitato	31
VII. — L'approvvigionamento idrico	47
VIII. — La vigilanza sugli alimenti e bevande e sugli oggetti di uso domestico	58
IX. — La vigilanza sanitaria delle carni	65
X. — La vigilanza sanitaria del latte	74
XI. — La vigilanza igienica sugli alimenti (pesci, crostacei, molluschi; burro, grassi, olii, formaggi, ecc.)	84
XII. — La vigilanza igienica sugli alimenti (cereali e loro derivati; leguminose; funghi; zuccheri, ecc.)	93
XIII. — La vigilanza igienica sugli alimenti (conserve alimentari, sciroppi, marmellate, ecc.).	101
XIV. — La vigilanza igienica sugli alimenti e le bevande (vino, birra, liquori, aceto)	110
XV. — La vigilanza igienica sugli alimenti e le bevande (coloniali, droghe, bibite, supplettili; colori nocivi)	116
XVI. — Le misure contro la diffusione delle malattie infettive (denunzia ed accertamento diagnostico)	123
XVII. — Le misure contro la diffusione delle malattie infettive (isolamento)	129
XVIII. — Le misure contro la diffusione delle malattie infettive (disinfezione)	134
XIX. — La difesa contro le malattie infettive nelle scuole	139
XX. — La difesa contro le malattie infett. esotiche	145
XXI. — La difesa contro le malattie infettive (varicella, vaiuolo e vaiuoloide)	151
XXII. — La difesa contro le malattie infettive (morbillo, scarlattina, ecc.; difterite)	158
XXIII. — La difesa contro le malattie infettive (febbre tifoide ed altre infezioni intestinali)	164
XXIV. — La difesa contro le malattie infettive (febbre mediterranea, meningite cerebrospinale, ecc.; influenza, febbre puerperale)	170
XXV. — La profilassi delle malattie sociali (malattie veneree)	176
XXVI. — La profilassi delle malattie sociali (malaria)	181
XXVII. — La profilassi delle malattie sociali (tubercolosi)	188
XXVIII. — La polizia mortuaria	194
Indice alfabetico delle materie	199

Volume, in formato tascabile, di pagg. VIII-200, nitidamente stampato. Prezzo L. **12**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **10,75** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

ANNO XLI — Roma, 2 Aprile 1934 - XII — Num. 13

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: C. Enderle: La diagnosi dei tumori extradurali del midollo spinale. (Nuovo contributo clinico).
Note preventive: D. Beggi e L. Dettori: Ricerche sperimentali sull'azione diuretica della Cynara scolymus.
Problemi discussi: Lupo Pichezzi: La costituzione e i fenomeni vitali.
Osservazioni cliniche: S. Bravetti: Contributo clinico allo studio della sintonia patologica dell'addome destro in rapporto al vagotonismo.
Sunti e rassegne: TISIOLOGIA: M. Mazzetti: Le basi teorico-sperimentali della « Prova della reazione emoclasica da insufflazione » per determinare la sospensione del Pnx terapeutico nella tbc. polmonare. — D. Michetti: Il valore dell'alcoolizzazione del nervo frenico nella cura della tubercolosi polmonare. — A. Bottero: L'elioterapia nella tubercolosi polmonare. — G. Pepe: La ipoglicemia insulinica nella tubercolosi polmonare. — RENI E VIE URINARIE: D. Rovet e L. Demanche: Ricerche sugli antisettici urinari. — F. Senante: Musculo interureterale flottante. — W. N. Vishard, Hames and Mertz: Anestesia locale infiltrativa della prostata prima della resezione. — MISCELLANEA: M. Saito: Alcuni progressi nei metodi di esplorazione radiologica. — S. Jellinek: Clinica ed istopatologia delle lesioni elettriche. — D. Leonardi: Le infezioni gassose da iniezione di adrenalina.
Divagazioni: Revoltella: « Figli di ricchi e figli di poveri ».
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Medico-Chirurgica di Catania. — Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Le complicazioni cardiache della scarlattina. — L'associazione zucchero-insulina nel trattamento delle cardiopatie. — Essenza e trattamento degli stati di collasso. — La cura dell'accesso di tachicardia parossistica. — La prevenzione e la cura degli attacchi individuali di angina pectoris. — L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA: Il trattamento delle infezioni con le iniezioni endovenose di carbone animale. — SEMEIOTICA: Sul valore di un particolare metodo percussorio (la percussione cosidetta « trafiggente » secondo Pende) per il rilievo d'iperplasie timiche. — MEDICINA SOCIALE: Dermatosi professionale: eczema da cemento. — MEDICINA SCIENTIFICA: Influenza della sezione del nervo erigente di Eckard sulla motilità della vescica e del colon. — VARIA.
Nella vita professionale: SERVIZI IGIENICO-SANITARI: A. Franchetti: Le nuove disposizioni per la disciplina degli impianti di radiologia e di radiumterapia. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

R. CLINICA NEUROPSICHIATRICA DI ROMA
Direttore: Prof. S. DE SANCTIS.

La diagnosi dei tumori extradurali del midollo spinale.

(Nuovo contributo clinico).

Dott. C. ENDERLE, assistente.

I tumori extradurali del midollo spinale (che *sensu strictiori*, come vuole il Puusepp e la maggioranza degli autori che si sono occupati dell'argomento, sono solo quelli che hanno sede negli spazi epidurali della colonna vertebrale), sono piuttosto rari e devono essere distinti in primitivi, in metastatici ed in secondari.

I metastatici, come dice il loro stesso nome, hanno origine da tumori in altra sede, mentre quelli secondari provengono dalla dura oppure dalle altre formazioni della regione.

Un gruppo a parte formano i tumori primitivi della regione che traggono la loro origine da uno qualsiasi dei tessuti che prendono parte alla formazione dello spazio epidurale spinale e possono quindi assumere i più vari aspetti anatomopatologici ed istologici.

Come già detto i tumori extradurali sono rari ed infatti il Puusepp su 83 tumori midollari *sensu lato* ne riscontrò solo 9 extradurali (9 %), l'Elsberg su 44 solo 13 ed Adson su 126, 26 extradurali (13,7 %).

Tutti gli autori sono anche concordi nel convenire che la diagnosi differenziale di questi tumori non è facile non solo nel loro periodo iniziale, quando la sindrome morbosa da essi determinata viene spesso confusa con le radicoliti di altra natura, ma persino nei periodi più progrediti del male quando i sintomi che determinano possono indurre a formulare anche la diagnosi di tumore intradurale.

In un nostro precedente studio sulla diagnosi differenziale di questi tumori, eseguito in collaborazione con il Fumarola, abbiamo indicato un nuovo sintoma radiologico diffe-

renziale fra tumori extra ed intradurali del midollo spinale, che associato ai criteri clinici enunciati dal Fumarola, ci permetteva di distinguere una triade sintomatica tipica di questi tumori. Questa triade sintomatica da noi riscontrata in tutti i casi del genere venuti alla nostra osservazione è ancora poco nota; ci sembra quindi opportuno pubblicare la storia clinica di un infermo colpito da questa rara malattia, svoltasi in forma piuttosto anomala per la sua lunga durata ed in cui il sintoma mielografico da noi descritto ci permise di formulare la diagnosi fino allora rimasta oscura, e che fu poi controllata e confermata operatoriamente.

C. Ernesto, di anni 44.

Il paziente fu ricoverato una prima volta in questa clinica il 25-II-1931, perchè colpito da una sindrome mialgica degli arti inferiori estremamente violenta.

Dai dati anamnestici allora raccolti risulta che il paziente negava ogni contagio luetico e che era modico bevitore di vino e caffè e modico fumatore.

Il padre era morto a 43 anni di paralisi cardiaca, la madre a 60 di grippe.

Il malato aveva sofferto di bronchite.

Riferisce che da bambino e fino ai 7 anni egli aveva sofferto di frequenti crisi algiche nei polpacci, che si accompagnavano ad un forzato movimento di flessione della gamba sulla coscia e che cessavano solo in seguito ad energiche trazioni eseguite sul piede.

All'età di 20 anni fu colpito da enterite catarrale guarita dopo due anni di cure a Montecatini; nel 1914 soffrì di condilomi acuminati e nello stesso anno di crisi dolorose addominali guarite poi spontaneamente nel corso della guerra durante la vita militare. Nel 1918 contrasse grippe in forma grave con complicazioni polmonari che fecero sospettare l'esistenza di una infezione tbc., benchè gli sputi rimanessero sempre negativi per il bacillo di Koch.

Nell'agosto 1925 il paziente fu colpito da dolori intensi nella regione lombare, che poi cessarono in modo brusco, dopo 7 giorni, in seguito ad uno sforzo violento (sollevamento di un grave peso).

Quattro anni più tardi, e cioè nell'agosto 1929, il paziente fu colpito negli arti inferiori da nuovi dolori che si protrassero per circa 15 giorni e migliorò dopo cure di Atofan, pur permanendo un lieve grado di dolenzia nei territori colpiti.

Nel gennaio 1931 i dolori si intensificarono nuovamente al punto di costringere l'infermo al letto. Essi erano localizzati alla regione lombare bassa e si irradiavano alla regione anteriore della coscia ed ai polpacci.

Nella stessa epoca il malato si accorse di una zona di ipoestesia dolorifica, da prima localizzata alla faccia anteriore della coscia d. e che poi si estese più lateralmente, scomparendo infine spontaneamente dopo un mese circa.

L'esame neurologico, allora praticato, dimostrò che le condizioni del malato erano assai scadenti per l'esistenza di un grave stato anemico (che poi fu visto essere dovuta a continue profuse emorragie emorroidarie).

Normali erano i nervi cranici e così pure la motilità del collo degli arti superiori.

Negli arti inferiori si osservò che i piedi erano cadenti, che il tono muscolare era ridotto, che i movimenti passivi opponevano una resistenza inferiore alla normale e che questi arti, quando si invitava il malato a tenerli sollevati e protesi, erano animati da oscillazioni e tremori.

La percussione dei calcagni non provocava dolore e la prova di Lasegue era negativa.

L'esame dei riflessi dimostrò che gli alluci erano silenziosi, l'Oppenheim negativo, gli achillei, i medioplantari, i rotulei presenti, ma più vivace a s. dal qual lato si provocava anche il soprarotuleo; mediopubico, cremasterici ed addominali presenti, i riflessi tendinei e periostei superiori normali, le iridi reagenti alla luce ed all'accomodazione.

La percussione delle apofisi spinose riuscì dolorosa a livello delle L II-L IV, esisteva inoltre una zona di ipoestesia dolorifica lieve comprendente le zone radicolari L. II ed S. II, S. III.

Il 25-II-1931 fu eseguita la puntura lombare fra III e IV L., che però appena infisso l'ago e dopo il deflusso di solo 1 cmc. di liquor limpido dovette essere interrotto, essendo il paziente stato colpito da una lipotimia. Ripetuta la puntura dopo alcune ore fra IV e V L. si estrassero 5 cmc. di liquor da prima limpido poi sanguigno. Pressione iniziale 35, finale 30, prova di Queckenstedt negativa, aumentando la pressione del liquor con la compressione delle giugulari.

L'analisi del liquor diede risultato normale.

Il paziente rimase ricoverato in Clinica dal 16-II al 10-III-1931.

I dolori durante questo periodo andarono lentamente aumentando localizzati alla faccia posteriore delle coscie e al poplite, più intensi durante i movimenti e quando l'infermo dalla posizione distesa nel letto passava a quella a tronco eretto.

Erano meno intensi come già detto in posizione distesa ed anche quando il paziente stava diritto in piedi.

A volte sulla faccia posteriore delle coscie e al poplite assumevano carattere lancinante, mentre sulla faccia anteriore delle coscie erano continui a tipo terebrante. Essi si esacerbavano con i movimenti e persino con la flessione del capo. L'esame radiologico dimostrò l'esistenza di una spina bifida occulta S I e di una lombarizzazione della 1 S.

Fu fatta diagnosi di radicolite lombo-sacrale e dopo un tentativo non riuscito di terapia con le iniezioni epidurali di soluzioni di novocaina, il malato fu avviato al roentgenterapeuta che eseguì tre serie di irradiazioni con raggi penetranti, nel marzo, maggio e settembre 1931, somministrando in tutto sulla regione lombo-sacrale 4 dosi eritema.

Queste applicazioni roentgenterapeutiche furono seguite da uno spiccato miglioramento, notevole dopo la seconda serie ed ancor più dopo la terza che portò alla cessazione completa dei dolori (aprile 1933).

Il 2 aprile 1933 il paziente in pieno benessere fu colpito improvvisamente da un dolore acutissimo alla regione lombare che si attenuò dopo un giorno per intensificarsi poi nuovamente, irradiato agli arti inferiori e più violento in quello di d.

Il dolore non era continuo, cessava quando il paziente era semiseduto nel letto, compariva e si esacerbava con ogni movimento, raggiungendo la massima intensità alla regione glutea destra; ed era in parte dominato con la somministrazione di Allonal e di Aspirina.

La sindrome algica non era accompagnata da al-

con disturbo della funzione sessuale, vescicale o da nessun disturbo degli sfinteri anali.

L'iniezione di 20 cmc. di soluzione di novocaina per via epidurale determinò una attenuazione dei dolori solo per poche ore, nel corso però di detta iniezione fu notevolissima la resistenza che si oppose al passaggio del liquido medicamentoso nello speco vertebrale.

Ricoverato in clinica, l'esame del malato rivelò solo segni neurologici assai scarsi e cioè:

Una ipotrofia lieve dei muscoli del polpaccio di d. che al 1/3 medio aveva una circonferenza di 2 cm. minore di quella del polpaccio s., motilità attiva e passiva degli arti superiori ed inferiori integra, riflessi rotulei ed achillei piuttosto deboli ma simmetrici, alluci plantari. La compressione

FIG. I. — C. Ernesto. Radiogramma in proiezione antero-posteriore. Ombra lipoiodolica a larga base.

dei tronchi nervosi non dolorosa. La manovra di Lasague a sinistra non seguita da dolore mentre a d. provoca lieve dolore alla faccia dorsale della coscia.

Percussione delle apofisi spinose lievemente dolente sulle prime vertebre lombari, la compressione delle doccie paravertebrali indolente; zona di termoipoestesia dissociata sulle zone di innervazione delle ultime radici sacrali, ove gli stimoli calidi e frigidi non potevano essere distinti, venendo percepiti come toccamenti.

La puntura lombare eseguita in posizione seduta successivamente fra 3/4 lombare e poi fra 4/5 L non diede esito a liquido per quanto l'operatore avesse la netta sensazione di essere penetrato nel sacco lombare, ripetuta ancora fra I e II L diede luogo alla fuoriuscita di liquor limpido alla pressione iniziale di 35 cm. di acqua misurata con il manometro di Claude, e finale, dopo estratti 5 cmc. di liquor, di 25 cm.

L'esame del liquor dimostrò un contenuto dell'1,5 % di albumina, assenza di globuline (reazioni di Pandy Nonne Weihbroth negative) e un contenuto in cellule normale.

L'esame radiografico della colonna vertebrale ripetè pressochè invariato l'aspetto di quello eseguito due anni prima.

La mielografia eseguita il 21-IV-1933 per via sottoccipitale iniettando 2 cmc. di lipoiodol pesante, dimostrò una rapida caduta dell'olio jodato fino a livello del corpo della L III ove si arrestava dando un'ombra a limite inferiore seghettato, assai larga in proiezione antero-posteriore, stretta e a margine inferiore assottigliato in proiezione laterale.

I radiogrammi della regione ripetuti dopo 24

FIG. II. — C. Ernesto. Radiogramma in proiezione laterale. Ombra lipoiodolica triangolare con apice in basso e base in alto.

ore mostrarono un parziale passaggio del lipoiodol nel cul di sacco, che si presenta in sede e a contorni normali, ed in due suoi recessi laterali, simmetrici e posti al margine infero-laterale del sacro.

Una frazione rilevante del lipoiodol resta però ancora arrestata a livello del corpo della L III, il margine inferiore della sua ombra conservando aspetto invariato.

Il sospetto che la sindrome algica presentata dal malato potesse essere dovuta ad un neoplasma midollare *sensu lato* si vedeva così confermato.

Avremmo potuto contentarci di questo risultato ed avviare il malato al chirurgo con questa semplice diagnosi di sede, attendendo di vedere poi risolto il problema diagnostico più fino di natura e di sede più precisa extra

od intradurale del processo occludente il sacco durale, all'atto dell'intervento.

Abbiamo però cercato di risolvere il problema diagnostico con i dati dell'esame neurologico e radiologico ed essendo riusciti nell'intento, come ha poi dimostrato il controllo chirurgico del caso, ci sembra opportuno riassumere qui brevemente i criteri diagnostici che ci hanno guidato nella formulazione della diagnosi.

I quesiti da risolvere erano i seguenti:

Ammesso inconfutabilmente in base al reperto mielografico che la sindrome algica doveva essere in rapporto al processo occludente parzialmente lo speco vertebrale a livello della III e IV L., quale processo poteva dare questa occlusione? È noto che lo speco vertebrale può essere occluso per un gran numero di processi; però una parte di questi poteva essere senz'altro eliminata, dalle considerazioni diagnostiche dagli stessi evidenti risultati dell'esame radiologico; eliminammo così senz'altro la possibilità che l'occlusione potesse essere imputabile ad un processo pottico, ad una osteite vertebrale (spondilite) di qualsiasi natura, ad un tumore vertebrale, ad una frattura od ad una lussazione vertebrale, mentre il decorso afebbrile faceva escludere potesse trattarsi di un processo acuto ascessuale. Restava quindi a discutere se il processo occludente fosse dato da qualche briglia comprimente il sacco durale, congenita, oppure da un processo di meningite adesiva (paracnoidite), da un tumore midollare o meglio della cauda propriamente detta, di un tumore intradurale extramidollare o infine da uno extradurale.

Gravi dati sembravano militare a favore della prima delle supposizioni suesposte, e cioè la esistenza nel malato di due anomalie vertebrali che spesso si accompagnano, come ha dimostrato specialmente la scuola francese (il Lerì e alunni), alla esistenza di briglie all'interno del canale vertebrale: vogliamo parlare della spina bifida e della variazione numerica (lombalizzazione della i S) riscontrate nella colonna vertebrale del malato. Ci sembrò però di poter escludere questa possibilità specialmente in base a criteri clinici; era infatti poco probabile che una sindrome algica così violenta ed insorta bruscamente in età relativamente adulta, potesse essere dovuta ad un processo congenito e come è noto, in genere stabile, inoltre parlava contro questa natura del processo l'ingravescenza dei sintomi, l'assenza di disturbi vescicali, sessuali e trofici, che l'esperienza clinica ci insegna essere quasi costanti nei pazienti colpiti dalle sindromi disrafiche che si manifestano sull'apparato vertebrale con spine bifide occulte e malformazioni e variazioni numeriche della colonna vertebrale.

Neppure il processo occludente poteva essere dovuto ad un tumore midollare, perchè la sede dell'occlusione era situata, come dimostrava inconfutabilmente la mielografia, circa due vertebre più in basso dall'estremo inferiore del midollo. Più probabile appariva la possibilità che il tumore fosse partito dalla cauda equina, ma anche questa supposizione ci sembrava contraddetta dall'aspetto completamente normale del fondo del sacco lombare, in cui una parte del lipoiodol iniettato era caduto 24 ore dopo l'iniezione: infatti i tumori della cauda in genere riempiono tutto il cul di sacco lombare o almeno lo deformano profondamente, come avemmo noi stessi ad osservare in altri casi, segno questo che mancava completamente nel nostro malato.

Anche la supposizione che l'occlusione fosse dovuta ad un processo aracnoiditico cronico sembrava poco attendibile, per il fatto che il lipoiodol era disceso direttamente fino al punto bloccato senza depositarsi in alcun altro punto della faccia interna del sacco lombare, in strie o goccioline. Infatti gli studi specialmente della scuola del Barrè di Strasburgo (Metzger) sulle aracnoiditi, ci hanno insegnato che queste pressochè mai sono limitate ad una ristretta zona di meninge, ma interessano sempre in modo più o meno intenso estese zone di aracnoide, la cui compartecipazione al processo morboso è dimostrata alla mielografia dalla tendenza del lipoiodol ad aderirvi ed a fermarsi fra le briglie, per quanto tenui, aderenziali comprendenti territori anche assai più ampi di quanto gli stessi segni clinici potrebbero far supporre. Contro questa possibilità poi parlavano anche i dati dell'esame del liquor, che non presentava nessuna modificazione a tipo flogistico, che in questi casi non può mancare.

Restava così come unica possibilità clinica che si trattasse di un tumore midollare extradurale propriamente detto.

Come già fu detto, col Fumarola abbiamo recentemente pubblicato un caso di tumore extradurale tipico che ci ha permesso di definire una triade sintomatologica che ci sembra caratteristica di questo tipo di tumori e che, completa abbiamo ritrovato in questo secondo malato. Clinicamente infatti nel nostro malato trovavamo la stessa violenza estre-

ma dei dolori che già avevamo osservato in quello che aveva formato argomento della nostra precedente pubblicazione, associata come in quello ad una notevole scarsezza dei segni di vera compressione del midollo, mancando così ogni disturbo vescicale, rettale, sessuale e trofico e ad una evidente dolenzia alla percussione delle apofisi spinose delle vertebre, che i risultati della mielografia ci dovevano far ritenere corrispondere alla sede del supposto tumore.

Radiologicamente poi trovavamo ripetuto il quadro radiologico che ci era sembrato tipico dei tumori extradurali, cioè l'aspetto dell'ombra del lipoiodol iniettato arrestato a livello dell'ostacolo, a berretto frigio in una delle proiezioni e a triangolo rovesciato con estremo inferiore terminante a punta acuta in quella ortogonale, nonchè la forte disuguaglianza fra i diametri dell'ombra in queste due proiezioni.

Ultimo elemento che ci confermava la sede extradurale del tumore allogato negli spazi epidurali era la enorme resistenza che si opponeva, al momento della iniezione epidurale, alla penetrazione del liquido e che ci potevamo ora spiegare col fatto che questi spazi erano bloccati dal tumore, che con la sua presenza ostacolava la penetrazione e la diffusione della soluzione novocainica in essi.

*
* *

Ci sentimmo così autorizzati ad affermare che il malato era affetto da una « sindrome radicolare da compressione midollare da tumore extradurale, localizzato col suo polo superiore a livello della L. III », ci parve anche di poter affermare, dato il lungo decorso della malattia, che con ogni probabilità il tumore non dovesse avere caratteri di malignità.

Dimesso il malato dalla Clinica con questa diagnosi, egli fu successivamente ricoverato nel Primo Padiglione Chirurgico del Policlinico ed operato dal chiarissimo prof. V. Puccinelli, che ancora qui ringraziamo per averci permesso di utilizzare i dati relativi all'intervento da Lui eseguito.

In posizione bocconi fu preparato il campo operatorio con tintura di jodio e proceduto quindi alla anestesia locale con soluzione novocaino adrenalinica.

Incisione della cute dalla apofisi spinosa L. I alla L. IV lungo la linea mediana. Scoperta la fascia e incisa lateralmente e rasente alle apofisi spinose. Distaccati i muscoli spinali dalle apofisi e dalle lamine, si domina la emorragia con la legatura di alcuni vasi e con la compressione dei lembi nella ferita con i devaricatori. Sezione dei legamenti intraspinosi. Sezione delle apofisi spinose alla base con la pinza ossivora e poi delle lamine. A questo momento compare fra il grasso epidurale una massa dura e resistente stretta fra gli archi vertebrali L. III L. IV. Sezionate le lamine corrispondenti si osserva che detta massa di consistenza duro-elastica e di colorito lardaceo che ricopre a mo' di tegola la faccia posteriore della dura spinale. Incisa sulla linea mediana la massa spessa circa due o tre millimetri e più a livello del suo peduncolo incuneato come detto fra i due archi

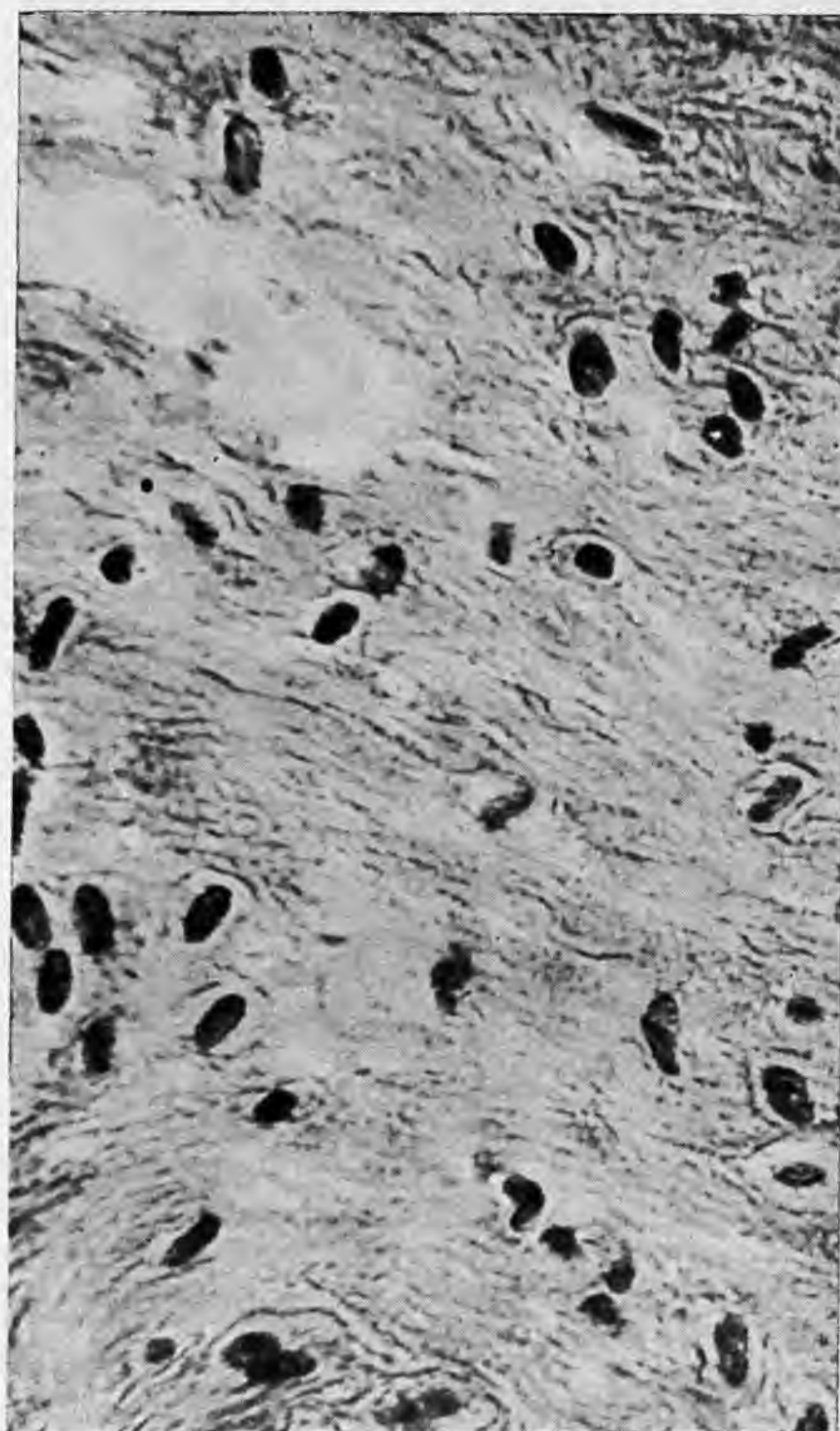



FIG. III. — Sezione di un tratto della zona corticale del tumore (medio ingrandimento).

vertebrali ed estesa fino alla origine delle radici posteriori, la si asporta mettendo allo scoperto la dura spinale di aspetto normale e che tosto assume di nuovo forma cilindrica e pulsa.

Si rinunzia ad incidere la dura e si suturano le masse muscolari in due strati a punti staccati in catgut e la cute con punti in seta.

Guarigione per prima.

L'esame istologico del tumore eseguito usando dei classici metodi istologici, a piccolo e medio ingrandimento appare costituito da due zone nettamente distinte, una sottile corticale più lassa in cui si osservano scarse cellule ed una zona centrale in cui lo stroma è per intero costituito da fibre connettivali nettamente ordinate in fasci paralleli, più lassamente disposte verso il centro del

tumore, alquanto più sottili e stipate alla sua periferia.

In questa seconda zona ad un più attento esame, fra le fibre disposte in alcuni punti non a stralci paralleli ma più irregolarmente, si vedono delle cellule irregolarmente distribuite nella massa fibrosa, con nuclei disuguali, poveri di sostanza cromatica, con protoplasma scarso e che solo ra-

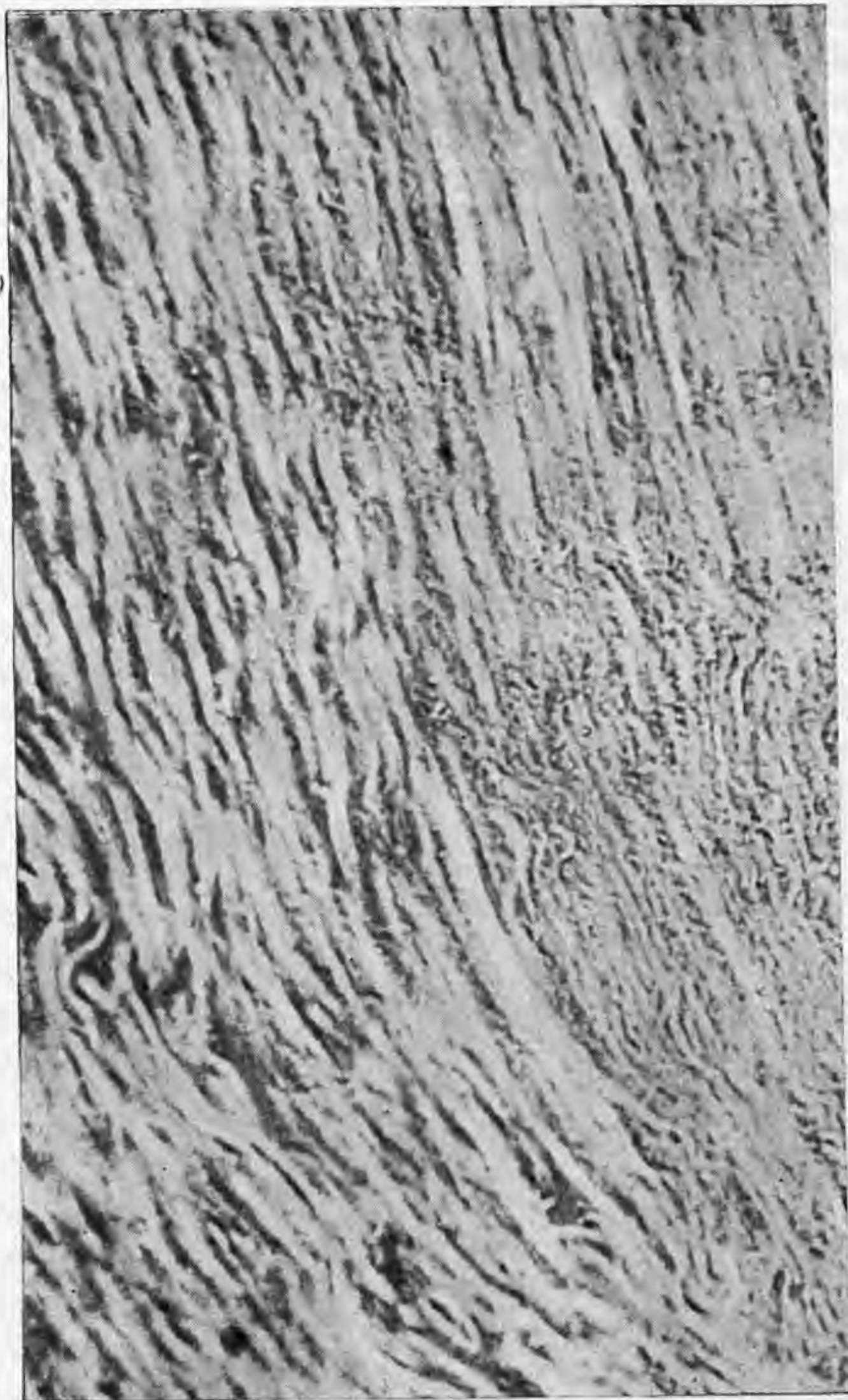



FIG. IV. — Sezione di un tratto centrale del tumore (medio ingrandimento).

rissimamente presentano delle figure di mitosi, mentre si osservano alcuni foci di riproduzione diretta.

Gli elementi cellulari prevalgono alla periferia del tumore, ma sono disposti piuttosto irregolarmente ed in prossimità dei scarsissimi vasi capillari, che lasciano riconoscere un solo strato endoteliale.

Lo stroma fibroso prevale assolutamente nel tumore che presenta anche zone di degenerazione jalina.

Il prevalere assoluto dell'elemento fibroso nel tumore e gli altri caratteri rilevabili istologicamente, fanno formulare la diagnosi istologica di fibro endotelioma.

Interessante il fatto che non si mettono in evidenza segni che possano essere riferiti all'azione delle pregresse cure roentgenterapiche.

Il decorso operatorio fu ottimo; in V giornata furono tolti i punti cutanei.

Cessata l'azione della anestesia, il paziente ebbe a lamentarsi di modici dolori nella ferita, ma non di dolori radicolari dei quali prima era afflitto costantemente. In VIII giornata potè levarsi dal letto e muovere qualche passo. La guarigione si svolse quindi senza incidenti e rapidamente, in modo che circa un mese dopo l'operazione il ma-

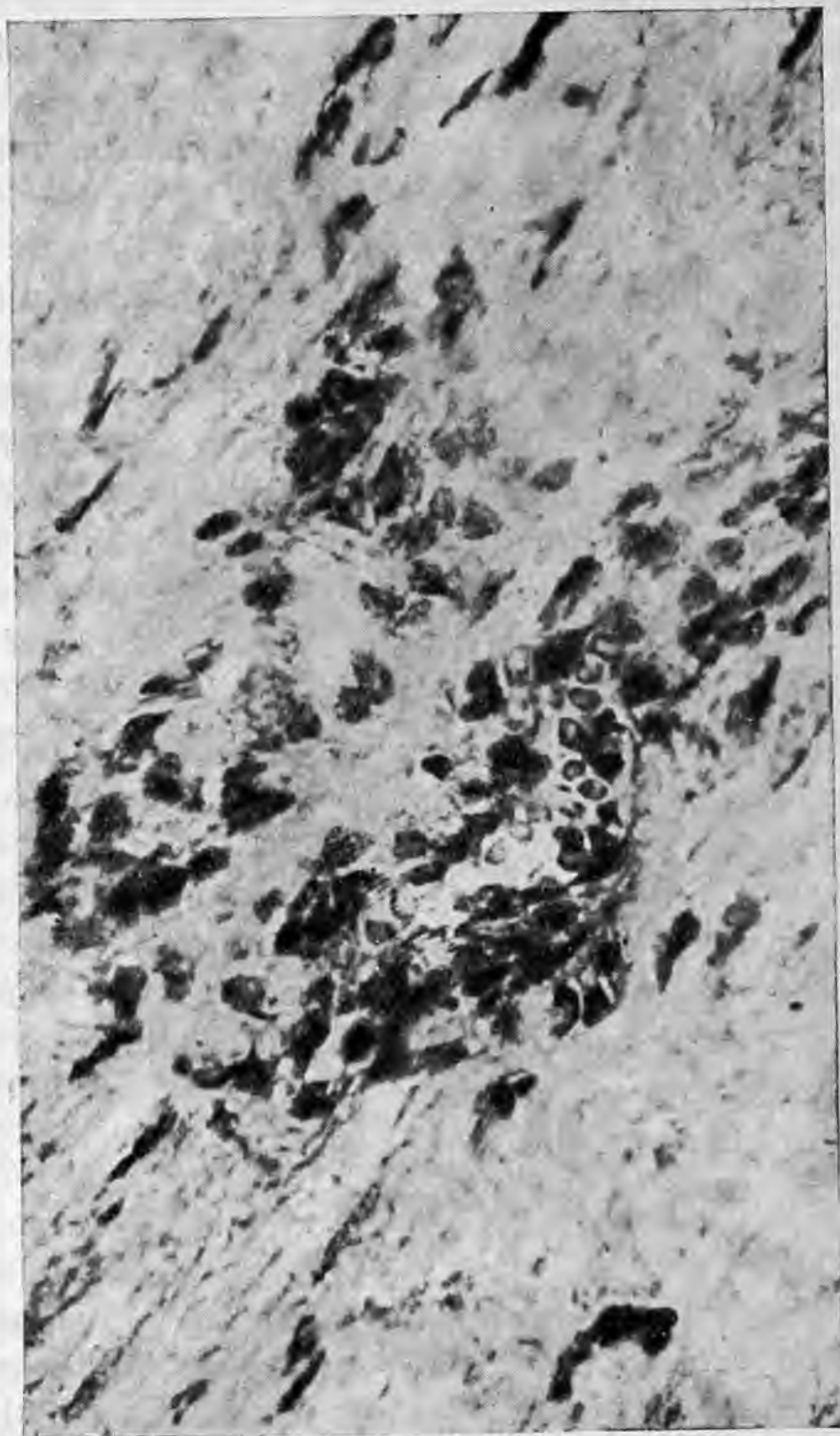



FIG. V. — Nidi di proliferazione cellulare nel tumore (medio ingrandimento).

lato aveva già potuto riprendere il suo lavoro di ufficio e dopo un altro mese compiere dei lunghi viaggi di propaganda commerciale.

Erano stati così completamente confermate le previsioni diagnostiche, tanto per quanto riguardava la sede in altezza, quanto la sede extradurale e la natura tumorale del processo comprimente il sacco durale. Anche la natura istologica era come previsto relativamente benigna.

L'esito della terapia chirurgica era stato completo.

Siamo stati indotti a rendere nota questa osservazione non tanto per il risultato brillante dell'intervento, quanto perchè essa presentava completa la sintomatologia clinica e radiologica che col Fumarola ci è sembrata poter indicare come tipica dei tumori extradurali del midollo e che, come già precisam-

mo in occasione del primo congresso della Società Radio-neuro-chirurgica italiana, è costituita dai seguenti sintomi clinici: violenza estrema e estensione dei dolori radicolari, scarsità dei veri segni di compressione midollare, dolenzia alla percussione delle apofisi spinose delle vertebre sovrastanti al processo morbigeno e radiologicamente dalla notevole differenza di diametro dell'ombra dell'olio jodato iniettato nello speco nelle due proiezioni ortogonali, che assume il classico aspetto a berretto frigio in quella di larghezza maggiore e a triangolo rovesciato con vertice in basso a base in alto, in quella minore.

Altra ragione che ci ha spinto a rendere nota la storia clinica di questo malato è il decorso protratto dall'infermità, che forse può vedersi iniziata fin dalle prime crisi algiche che lo colpirono fin dal suo settimo anno di vita negli arti inferiori e che poi si ripeterono a intervalli più o meno regolari e distanziati fino al momento dell'intervento e la cui causa potè solo essere rivelata dalla stretta collaborazione clinico-radiologica, e più specialmente dalla indagine mielografica, che spesso sola può risolvere il problema diagnostico e che è dovere tentare in ogni caso di sindrome radicolare protratta e grave.

RIASSUNTO.

L'A. nel descrivere e discutere un caso di tumore midollare extradurale, richiama l'attenzione sulla sintomatologia caratteristica di queste affezioni e sui criteri clinici e radiologici che possono valere alla loro diagnosi, individuati dal Fumarola e dall'A. stesso.

Fa risaltare anche la necessità dello studio mielografico in tutti i casi di sindrome radicolare di natura oscura, ribelle alle cure solite e protratta.

BIBLIOGRAFIA.

Non ho creduto opportuno pubblicare in esteso la bibliografia sull'argomento essendo stata raccolta nelle recenti monografie di:

DELAGÉNIÈRE Y. *Chirurgie des tumeurs de la moëlle.* G. Doin, Paris, 1928.

METZGER O. *L'aracnoïdite spinale.* Ibid., 1932.

BOSCHI e GORI. *Compressioni midollari.* Luigi Pozzi, Roma, 1930. Vedi anche i lavori di:

SABATUCCI F. *Contributo clinico e anatomo-patologico allo studio dei tumori extramidollari.* Policlinico, Sezione Medica, anno XXXVIII, 1931.

FUMAROLA e C. ENDERLE. *La diagnosi dei tumori extradurali del midollo spinale.* (Criteri clinici e radiologici). Rivista oto-neuro-oftalmologica e radio-neuro-chirurgica, vol. X, 1933, fasc. II.

PONTANO. *La diagnosi dei tumori spinali nello studio radiologico.* Il Policlinico, Sezione Medica, XXXVIII, n. 4, 1931.

NOTE PREVENTIVE

Istituto di Patologia Speciale Medica Dimostrativa
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.
Direttore: Prof. C. LOTTI.

Ricerche sperimentali sull'azione diuretica della Cynara scolymus.

Dott. DOMENICO BEGGI - Dott. LUIGI DETTORI.

L'osservazione clinica richiama spesso la nostra attenzione sulle turbe della diuresi nelle asciti da stasi portale e sulla scarsa efficacia terapeutica ottenuta coi comuni diuretici (teobromina, diuretina, ecc.). Anche con l'impiego dei preparati mercuriali non è sempre possibile ottenere una diuresi protratta perchè nell'intervallo tra un'iniezione e l'altra, avviene una nuova ritenzione idrica che frustra il benefico effetto delle diuresi intermittenti (Condorelli). D'altra parte a tutti è noto come i diuretici mercuriali debbano essere somministrati a soggetti ad apparato renale integro, non febbricitanti, non cachettici: condizioni queste che raramente riscontriamo nei casi di ascite da stasi portale in cui possano coesistere alterazioni renali.

Data questa impossibilità pratica di ottenere con i comuni diuretici una forte e protratta diuresi senza provocare effetti dannosi all'organismo, abbiamo iniziato ricerche sottoponendo soggetti con asciti da stasi portale di varia natura alla somministrazione orale di estratti di Cynara scolymus.

Alle foglie e alle radici di questa pianta furono attribuite fin dall'antichità virtù terapeutiche come antireumatico, colagogo, diuretico.

Copemann (1823), G. Hallette (1833), L. Ditterich (1843), W. Lane, raccomandarono l'uso dell'estratto di foglie di carciofo nel reumatismo articolare acuto.

Chomel, A. Nicolas (1716), Bachin (1751), Bally (1835), Huss Magnus (1837), Levrat, Terraton (1843), Delafontaine (1851), Maurray e Lange ne hanno segnalato l'influenza nell'ittero e nell'insufficienza epatica.

Altri AA. [Mizauld, Bauderon, Montain, Ludovico Stumpf (848)], hanno riconosciuto alla Cynara Scolymus una notevole azione diuretica. In questi ultimi anni per opera specialmente di AA. francesi è stato dimostrato come l'iniezione endovenosa di Cynara Scolymus possa quadruplicare la secrezione biliare in due o tre ore.

Affatto racentemente Paolillo ha eseguite e-

sperienze cliniche su soggetti sani e su ammalati epato-biliari osservando come gli estratti di Cynara scolymus e Curcuma longa abbiano un'azione colagoga, coleretica, colecinetica e antisettica delle vie biliari.

Luigi Tisiex, Eck e Cristophe hanno ottenuto eccellenti risultati in casi di insufficienza epatica e sono stati colpiti dalla favorevole influenza esercitata dal carciofo sulla composizione del plasma sanguigno. Secondo l'esperienza di questi AA. basata su ricerche eseguite in malati con turbe varie di artritismo risulterebbe che il tasso della colesterina si abbassa regolarmente sotto l'azione dell'estratto di carciofo e viene diminuito anche il tasso dell'urea.

Data questa favorevole azione della Cynara scolymus dovuta, secondo gli AA. che hanno studiato l'argomento, al forte stimolo esercitato sull'attività epatica, dopo le belle ricerche di Condorelli, Pick, Beckman, Thiers, Blumm e Carlier, Adler, Heianzan, sull'importanza del fegato come regolatore del ricambio idrico, ci è apparso non privo di interesse vedere come si comportava la secrezione urinaria in soggetti con ascite da stasi portale trattati con estratto di carciofo.

Mentre ci riserviamo di pubblicare per esteso le nostre ricerche, possiamo sin d'ora affermare che:

1) la somministrazione di estratto di carciofo è capace di aumentare considerevolmente la diuresi in soggetti con ascite da stasi portale di varia natura;

2) questa benefica azione diuretica a differenza di quella dei preparati mercuriali è continua e dura anche quarantotto ore dopo l'ultima ingestione del medicamento;

3) non abbiamo riscontrato durante il trattamento inconvenienti imputabili alla Cynara Scolymus, neppure nel caso di asciti con lesioni renali.

I buoni risultati ottenuti in questa prima serie di ricerche, e in considerazione anche di quelli surriferiti da Tisiex, Eck, Cristophe sul tasso ureico sanguigno, ci invitano a provare se l'estratto di carciofo abbia qualche azione nelle varie forme di nefrite.

RIASSUNTO.

Gli AA., dopo aver constatato come l'estratto di Cynara scolymus sia capace di aumentare considerevolmente la diuresi di soggetti con ascite da stasi portale, hanno iniziato ricerche per vedere se tale mezzo terapeutico abbia anche una qualche azione nelle varie forme di nefrite.

PROBLEMI DISCUSSI

La costituzione e i fenomeni vitali.

Dott. LUPO PICHEZZI (Roma).

Una delle affermazioni più notevoli del pensiero originale italiano, con diretti riferimenti alla clinica, all'antropologia, alla morfologia, alla biologia, è data dalla dottrina costituzionalistica.

Fin dal 1876 Achille De Giovanni aveva ideato un metodo antropometrico per lo studio clinico dei malati e Giacinto Viola già dal 1905 aveva perfezionato il metodo del suo maestro, trasformandolo e completandolo.

Nei primi tempi diffidenze e contrasti non indifferenti incontrarono le nuove concezioni, ma in seguito si fecero strada, e in quest'ultimo ventennio gli studi costituzionalistici sono stati coltivati con grandioso fervore ovunque.

Oggi i ricercatori si trovano in un'atmosfera comune, e come sono variate e stanno variando le concezioni filosofiche e politiche, sono variate quelle biologiche. Così nel campo filosofico-politico tutta l'ideologia astratta del semplicistico livellamento umano, ha dato luogo alla comprensione della differenza concreta fra gli uomini; nella biologia i concetti costituzionalistici proclamano l'importanza suprema nei fenomeni morfologici, biochimici, funzionali, delle differenze fra gli individui.

Oggi i fenomeni biologici della nostra specie s'indagano con criteri costituzionalistici, giacchè nello studio costituzionale dell'individuo si assommano le ricerche sulle sue caratteristiche morfologiche, fisiologiche, psichiche, normali e anormali, dello stato di salute, dello stato di malattia.

Non vi è chi disconosca l'utilità pratica di questi studi, che diventano basilari per lo studio dei fenomeni biologici; e oggi anche i cultori di studi della medicina vanno intensificando la produzione dei loro lavori con metodologia e con concezione costituzionalistica.

La scuola genovese di Nicola Pende si interessa dell'individuale; accanto ad essa collabora la scuola bolognese del Viola. Ma anche altre scuole mediche italiane apprezzano tale indirizzo, e portano preziosi contributi al suo progetto.

Così la scuola romana, la scuola napoletana, la Clinica di Galdi, del Ferrannini ecc. e con vivo piacere si constata che anche centri di studio che finora sembravano refrattari ad a-

dottare tali vedute, cominciano ad essere attratti dall'esempio.

Nè indifferenti rimangono di fronte ai nuovi orientamenti altri centri di studi.

Nella Clinica chirurgica si comincia ad apprezzare il criterio di analisi dell'individuale, e si assiste alla produzione di lavori costituzionalistici, contribuendo pregevolmente a recar luce su i vari problemi.

Anche nella Clinica ostetrico-ginecologica, nella fisiologia, nell'anatomia appaiono di continuo lavori con questo indirizzo.

Altro campo ove continuano ad essere cospicue le indagini costituzionalistiche è il campo psichiatrico, e oggi nessuno intende negare un vero rapporto che intercede tra la psiche e la costituzione, tra la costituzione e la criminalità.

In questo ultimo ventennio gli studi costituzionalistici sono stati coltivati dovunque, sicchè possiamo affermare che oggi pochissimi sono gli scettici o gli ipercritici rimasti. Se poi tutti questi studi non hanno ancora risolto ogni problema, basterebbe pensare che ormai si è acquisita alla scienza la cognizione basilare che non basta il batterio per iniziare e orientare il decorso di una malattia infettiva, ma occorre il terreno organico adatto. Nè basta. Oggi anche per molte altre malattie non infettive, per malattie chirurgiche, per malattie ereditarie, per il comportamento dei varî fenomeni vitali, per esempio i fenomeni sessuali (attitudine fecondativa, determinismo del sesso ecc.) si sa che grande importanza ha il tipo costituzionale; perfino nella capacità dell'individuo ai singoli mestieri, professioni ecc., si dà importanza alle differenze costituzionali.

Di fronte al continuo progredire di tali studi in tutti i rami delle scienze biologiche, ho voluto anch'io indagare intorno al comportamento di uno dei più interessanti fenomeni vitali, il fenomeno del determinismo del sesso, su basi costituzionalistiche.

Attraverso i lunghi esperimenti anche in questo campo è risultato evidente la grande influenza che esercita la costituzione organica individuale sulla genesi del fenomeno.

La qualità del sesso e la attitudine fecondativa sono legate intimamente alla qualità costituzionale dei genitori, e proprio modificando le condizioni costituzionali di essi, possiamo riuscire a determinare il sesso che volontariamente ci proponiamo.

Le mie esperienze vengono a mettere in evidenza i rapporti che esistono tra alcune glandole a secrezione interna, il ricambio materiale; l'influenza di questi elementi sulla determinazione del sesso, inoltre la possibilità di modificare, con trattamento adeguato, l'attività di dette glandole, come lo stato del ricambio materiale, e la possibilità della soluzione del problema.

Le esperienze sia sugli animali, sia sulla donna, mi hanno confermato tale ipotesi e la teoria della influenza della costituzione sul determinismo del sesso.

Sugli animali ho ottenuto una percentuale del 92 % di risultati positivi. Nel campo umano ho ottenuto il 100 per 100 di risultati positivi esperimentando su circa 150 casi.

Gli elementi che concorrono alla realizzazione del fenomeno possono riassumersi a due:

1) Età degli elementi sessuali, cioè maturità o giovinezza di essi.

2) Costituzione dei genitori, specie della donna, che va portata alle condizioni costituzionali necessarie, per ottenere la fecondazione, che dovrà dare il sesso che noi ci proponiamo.

Questo secondo fattore ha la più grande importanza per la soluzione del problema.

È chiarito dai miei esperimenti che le gravidanze determinate i primi cinque giorni dall'inizio della mestruazione portano sempre alla procreazione di femmine; che le gravidanze determinate dopo l'8° giorno alla fine della mestruazione portano sempre alla procreazione di maschi.

Però debbo subito far notare che gli stessi esperimenti hanno messo in evidenza come nei limiti di tempo così stabiliti si incontrino difficoltà non indifferenti per determinare la fecondazione.

Le difficoltà a tale riguardo sono determinate dalle condizioni costituzionali dei genitori.

Ho incontrato maggiori difficoltà per aver maschio in quelle donne, le quali precedentemente all'esperimento avevano avute altre gravidanze, con tendenza a dare sempre femmine. In esse pertanto il coito libero all'8° giorno dopo la fine della mestruazione, non si aveva mai la gravidanza.

In altre invece che precedentemente all'esperimento avevano avuti sempre figli maschi, anche col coito libero nei primi 5 giorni che precedettero la mestruazione, non si ebbe gravidanza, nemmeno ripetendo l'esperimento per parecchi mesi.

In questi casi, dopo aver ripetuto invano per parecchi mesi l'esperimento feci fare cure tendenti a rallentare o ad eccitare il ricambio e soltanto dopo tali cure, che modificarono lo stato costituzionale delle donne in esperimento, si riuscì ad avere la gravidanza.

Da tali esperimenti mi potei convincere che elemento di grande importanza, non soltanto è l'età degli elementi sessuali, ma anche e specialmente la costituzione della donna, la quale in molti casi riesce di grande ostacolo alla fecondazione di un sesso non confacente alle sue qualità costituzionali.

Constatai inoltre che le costituzioni a ricambio torpido, con rallentamento dei processi combustivi, con abbondanti riserve nutritive, non consentono facilmente la fecondazione facendo coincidere il coito libero in un periodo lontano dalla fine della mestruazione.

Quelle invece che utilizzano con celerità i materiali nutritivi, con combustioni organiche rapide e complete, con elementi di risparmio scarsi e rapidamente trasformati, non consentono al contrario la fecondazione nei 5 o 6 giorni che precedono la mestruazione.

Nelle donne, su cui finora ho sperimentato, le quali avevano i segni di costituzione a ricambio molto celere, con scarse riserve alimentari, che precedentemente avevano avuto altre gravidanze, tutte terminate con la nascita di maschi, consigliando il coito libero nei primi 5 giorni che precedono la mestruazione, non si ottenne mai la fecondazione, nemmeno ripetendo l'esperimento per circa un anno.

Soltanto dopo una cura di prescrizioni igieniche, alimentari, opoterapiche, prolungate per più di due mesi e tendente a trasformare le condizioni delle donne sottoposte all'esperimento si riuscì ad avere la gravidanza.

In altre invece che trovavansi nelle condizioni opposte, cioè con ricambio torpido, con abbondanti riserve nutritive, e che avevano avute altre gravidanze precedenti, terminate tutte con nascita di femmine si riscontrò difficoltà non indifferente per determinare la gravidanza con il coito consigliato all'8° giorno dopo la fine della mestruazione.

Queste donne dopo circa un anno di esperimenti vani, si dovettero sottoporre a cure tendenti a rinvigorire il ricambio, e solo dopo ottenuto con dette cure una certa modificazione dello stato costituzionale, il coito tardivo determinò la gravidanza con nascita di maschi.

La determinazione del sesso dunque si può ben riallacciare alla funzione della costituzione organica individuale, nè sembra difficile, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, per quanto ho osservato nei miei esperimenti, di riuscire a modificare il ricambio e la costituzione per quel tanto che serva a permettere la fecondazione nelle modalità necessarie, per la determinazione del sesso, che ci proponiamo.

Di tutti i casi da me studiati (circa 150), per brevità di spazio ne riferisco due. Uno riguardante il primo gruppo, e l'altro il secondo gruppo. Chi volesse conoscere tutta la serie delle mie esperienze, può rivedere la comunicazione da me fatta al 38° Congresso di medicina interna, e una mia pubblicazione sulla rivista *Clinica ostetrica*, anno 1933.

GRUPPO I.

CASO I (femmina). — Antonia D., di anni 33, piuttosto alta, prevalenza del diametro longitudinale sui trasversali; apparentemente magra, ma il peso è sufficiente; scheletro e muscoli bene sviluppati. Folta capigliatura. I caratteri sessuali fecondarii sono ben sviluppati. Cuore e arterie normali; pressione arteriosa, normale è pure la funzione respiratoria; buona la funzione digerente. La sanguificazione generale ottima. Dal lato neurovegetativo si rivela una certa preponderanza del simpatico; dal lato endocrino, quella della tiroide.

Ha avute precedentemente altre quattro gravidanze, con nascita di quattro figli maschi. Desiderando di avere una bambina, segue il coito libero, secondo le istruzioni da me date nella mestruazione del dicembre 1921. Il coito libero nei 5 giorni precedenti la mestruazione. Non si ebbe gravidanza, nè si ebbe nei tentativi ripetuti per altri 10 mesi.

Nell'agosto 1922 consigliai riposo completo, nutrizione abbondante, iniezioni ricostituenti, cura anabolica. Durante tale cura aumentò di peso. Dopo tale trattamento e precisamente nella mestruazione che ricorreva nel novembre (inizio 6 novembre), ripete l'esperimento, usando il coito sempre nelle modalità sopraindicate.

Rimase, in questo esperimento, incinta, e il 14 agosto 1923 partorì un feto a termine di sesso femminile.

GRUPPO II.

CASO I (maschio). — Teresa F., di anni 36, relativamente bassa, con peso eccedente (grassa), arti inferiori piuttosto corti rispetto al tronco; scheletro e muscoli abbastanza robusti. Sopraciglie rade, specialmente alle estremità esterne; alto impianto dei capelli sulla fronte; peli scarsi. Si nota una lieve lentezza nei movimenti, nella ideazione, nella reazione, lieve tendenza alla pastosità delle palpebre al risveglio. Cuore e arterie normali; normale la potenza arteriosa, ottima la capacità digestiva. Sessualità buona. Dal lato neurovegetativo preponderanza relativa del parasimpatico; dal lato endocrino, relativa insufficienza della tiroide.

Precedentemente all'esperimento, altre 6 gravidanze tutte con nascita di femmine. Per aver maschio usa il coito libero, secondo il metodo da me indicato, all'8° giorno dalla fine della mestruazione. Con tale trattamento prolungato per 12 mesi, non si ebbe mai gravidanza. Dopo un anno di inefficaci esperimenti e proprio nel mese di dicembre 1920 sottoposi la donna a cure opoterapiche, tendenti ad accelerare il ricambio; continuai la cura con piccoli intervalli nei mesi di gennaio e febbraio. Contemporaneamente consigliai vita molto attiva. Durante la cura si notò diminuzione di peso. Il 4 marzo ebbe la mestruazione, che terminò il giorno 6 dello stesso mese. Il 14 fu pra-

ticato il coito libero, cioè 8 giorni dopo la fine della mestruazione, e la donna che prima della cura, per un anno intero aveva tentato inutilmente, dopo la cura rimase incinta. Il parto avvenne il 15 dicembre 1921, con la nascita di un feto normale di sesso maschile.

Molto dimostrativi appaiono i due casi riferiti. Il primo riguarda una donna a costituzione marcatamente catabolica. In essa si rivela netta la spontanea tendenza alla procreazione di maschi, e l'attitudine alla fecondazione nel periodo tardivo post-mestruale.

Difatti nelle gravidanze spontanee, precedenti all'esperimento si ebbe sempre procreazione di maschi, nel tentativo di aver femmina, non si ebbe mai fecondazione sperimentando per più di un anno, con il coito libero nel periodo premestruale, e soltanto modificando la costituzione con cure adatte, si ebbe in tale periodo la fecondazione, e la procreazione di femmina.

Il secondo caso invece riguarda una donna a costituzione diametralmente opposta a quella presentata dalla prima. (Costituzione marcatamente anabolica). In questa seconda donna con caratteri costituzionali differenti, differente si mostra l'attitudine alla fecondazione, differente la tendenza spontanea alla procreazione del sesso. In questa difatti nelle gravidanze spontanee, precedenti all'esperimento si ebbe sempre procreazione di femmine. Nel tentativo di aver maschio col coito libero nel periodo tardivo post-mestruale, non si ebbe mai la fecondazione, ripetendo l'esperimento anche per più di un anno, e soltanto modificando la costituzione con cure adatte, si ebbe anche qui, col coito tardivo la fecondazione e la procreazione del sesso maschile.

Siccome gli identici risultati si ebbero costantemente in tutti gli altri esperimenti da me eseguiti, (circa 150 fino ad oggi), è giusto pensare che nulla si debba riferire al caso, ma a condizioni costanti, che a mio parere assumono significato di vere leggi.

Grande importanza inoltre deve attribuirsi ai miei esperimenti, e non soltanto, perchè hanno chiarito gli elementi necessari per ottenere volontariamente la soluzione del fenomeno, ma anche perchè interessano la medicina per la chiarificazione di altri problemi, tra i quali quelli riguardanti la costituzione organica individuale. Difatti essi esperimenti nel tempo stesso che hanno dimostrato l'influenza della costituzione sulla genesi dell'importante fenomeno, che riguarda l'individuo e la specie, hanno messo in evidenza altro criterio di grande importanza: il criterio cioè di come il fenomeno del determinismo del sesso spesso possa riuscire di utilità per chiarire e comprendere meglio le condizioni costituzionali di una data persona. E siccome oggi i fenomeni biologici, specie nel campo della medicina, tutti s'indagano su base costituzionalistica, ogni indagine che tende a chiarire la qualità costituzionale dell'individuo, deve essere apprezzata ed utilizzata; e se ai varî criteri per studiare e chiarire la costituzione organica individuale, al criterio cioè antropometrico, neurovegetativo, endocrino ecc. oggi si potrà aggiungere altro criterio, il criterio sessuale, esso non deve essere disconosciuto, ma utilizzato, giacchè spesso capita che il criterio più importante per decidere e chiarire meglio il problema della costituzione organica individuale, è il criterio del determinismo del sesso.

RIASSUNTO.

L'A. mette in rilievo l'importanza della costituzione organica individuale sulla genesi dei fenomeni vitali.

Riferisce i suoi studi riguardanti uno dei più interessanti fenomeni vitali, il fenomeno del determinismo del sesso, e i risultati ottenuti, che confermano anche in questo fenomeno l'importanza della costituzione sul determinismo del sesso.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI ABBAZIA.

Contributo clinico allo studio della sintonia patologica dell'addome destro in rapporto al vagotonismo

del dott. SILVANO BRAVETTI,
Medico primario, direttore.

È a diffusa conoscenza di chirurghi e di medici quel complesso di sintomi comitati riferibili a lesioni appendicolari, piloro-duodenali e colecistiche, che, per il loro stretto nesso fisiopatologico e patogenetico, tanto genialmente intuito e largamente dimostrato dal Solieri, sono stati poi da questo A. riassunti nella sindrome giustamente e molto propriamente definita « sintonia patologica dell'addome destro ».

Il Solieri, partito dalla fine osservazione di un chiaro riflesso appendiculo-gastrico che si manifesta in un gran numero di pazienti durante l'appendicectomia in rachianestesia, avendo anche constatato clinicamente ed alla biopsia che in un gran numero di casi, insieme a lesioni funzionali od organiche a carico del tratto gastro duodenale e della colecisti, presenti contemporaneamente o non nello stesso soggetto, esistono o sono esistite delle lesioni appendicolari talora manifeste, talora del tutto obsolete, ha messo tra di loro in relazione questi fatti ed ha spiegato la concomitanza delle predette lesioni, non con una semplicistica ragione di coincidenza, ma con una brillante concezione di dipendenza patogenetica.

Il concetto del Solieri è in riassunto il seguente: come una irritazione artificiale e violenta esercitata durante l'operazione sull'appendice determina in via riflessa turbe vasomotorie, secretorie e motrici a dipendenza vagale a carico dello stomaco e del duodeno, non diversamente una qualsiasi flogosi o irritazione di origine patologica in sede appendicolare si ripercuote in molti casi sullo stomaco, sul duodeno, ed anche sulla colecisti con gravi turbe delle funzioni vasomotorie, secretorie e motrici di questi organi, donde l'insorgenza di permanenti sintomi funzionali o di ulcera piloro-duodenale o di colecistite o di colelitiasi talora contemporanei, talora verificantesi nello stesso soggetto a distanza di tempo.

Schematicamente si può dunque avere la seguente concatenazione di fatti: irritazione appendicitica o comunque a sede appendicolare — trasmissione di tale stimolo patologico attraverso al plesso sotto-mucoso di Meissner e plesso mioenterico di Auerbach — nervi del mesenteriolo appendicolare — plesso mesenterico superiore — gangli celiaci — nervi intercostali — midollo spinale ai nuclei del vago e al nervo vago; di qui, essendo il vago per lo stomaco e il duodeno nervo vasomotorio, secretorio e motorio, turbe di queste funzioni con manifestazioni di dolore gastrico, gastrosuccorrea, spasmi pilorici, ulcera pilorica o duodenale, infine spasmi dello sfintere di Oddi, allo sbocco del coledoco, donde alterazioni dell'idraulica delle vie biliari con tutte le conseguenze che in questa sede possono e sogliono derivarne.

Tale concezione è stata suffragata da una messe d'innumeri osservazioni e dimostrazioni cliniche e radiologiche — che ci esimiamo dal riportare — ad opera del Solieri e di altri chirurghi e radiologi italiani e stranieri.

Si è venuto in tal modo in questi ultimi anni delineando e precisando nelle sue linee fondamentali e inconfondibili quella complessa sindrome rilevabile in molti casi a carico *dell'addome destro* la quale, per trovare a base del suo movimento iniziale e della sua evoluzione una turba di quella colleganza fisiologica funzionale esistente attraverso conosciute vie nervose tra appendice, tratto piloro-duodenale e colecisti, è stata felicemente riassunta e definita nella dizione « *sintonia patologica dell'addome destro* ».

A noi medici dell'ospedale di Forlì è stato dato di poter seguire da vicino l'attività scientifica del Solieri ed abbiamo avuto modo di poter constatare la genialità e la verità delle vedute di questo A., visitando, curando, seguendo fin nelle sale operatorie e rivedendo a distanza di tempo un grande numero di malati frequentatori dei nostri Ambulatori Ospitalieri. Ci è occorso cioè di potere constatare che parecchi casi di dispepsie gastriche iperacide, gastro-succorroiche, piloro-spastiche, che certe sintomatologie colecistiche, che non rari casi di ulcera pilorica o duodenale si accompagnavano a lesioni appendicitiche rilevabili oppur non clinicamente, talora solo radiologicamente, talora solo all'atto della biopsia. Abbiamo anche noi visto molti di questi malati guarire dai loro disturbi dopo la semplice appendicectomia; in altri soggetti, da lungo tempo curati per sole manifestazioni appendicitiche croniche, abbiamo visto nonostante l'appendicectomia insorgere sintomatologie gastriche a tipo iperacido, oppure verificarsi veri e proprii fatti ulcerativi gastro-duodenali o lesioni a carico della colecisti. Ne usciva così ribadito il concetto del Solieri che una lunga irritazione partente dall'appendice può indurre uno stato duraturo di vagotonismo digesti-

vo, di meiopragia del plesso solare, con turbe delle funzioni vasomotorie, secretorie e motrici piloro-duodenali e colecistiche che possono perdurare e magari insorgere anche dopo soppressa la primitiva causa irritativa appendicolare, provocando a distanza di tempo quelle manifestazioni patologiche che sogliono essere appunto facilitate da turbato stato funzionale di questi organi (ulcera piloro-duodenale, colecistite, colelitiasi).

Ma un altro fatto ci è occorso di poter verificare studiando questa categoria di pazienti e cioè la veramente stretta relazione intercorrente tra sintonia patologica dell'addome destro e vagotonismo. Al Solieri non era sfuggita questa relazione ed in un suo scritto riferisce che circa il 70 % di malati di S. P. Add. D. sono dei longilinei microsplancnici e che la quasi totalità sono dei vagolabili ipertonici, vale a dire dei vagotonici. In accordo con la concezione della S. P. Add. D. non poteva infatti mancare questa constatazione poichè è ovvio che debbano risentire delle conseguenze di una irritazione che si riflette in ultima analisi sul vago e per via vagale maggiormente quei soggetti che costituzionalmente mostrano appunto delle turbe in questo campo.

Tale fattore costituzionale in casi di sintonia patologica dell'addome destro sembra a noi sia stato un po' trascurato dai ricercatori medici e chirurghi che hanno portato le loro osservazioni in questo campo. Noi, dalla diuturna osservazione di non pochi di questi ammalati, abbiamo potuto invece convincerci, come già il Solieri, della importanza essenziale di questo fattore. Così abbiamo constatato che un forte contingente di pazienti di sintonia patologica dell'addome destro è dato da giovani donne ad abito astenico, stilleriano, con note talora spiccate di turbe endocrine, eretistiche, che soffrono di malessere, di nausee, di lipotimie specie prima delle regole, presentanti lieve bradicardia e pressione arteriosa piuttosto bassa, in conclusione con segni indubbi di vagotonismo. In questi casi è facile osservare che sintomatologie gastro-duodenali talora imponenti sono sostenute da fatti appendicolari tanto lievi da rientrare quasi nel campo fisiologico; ma in questi soggetti costituzionalmente iperrecettivi ed atti a rispondere esageratamente ad ogni stimolo, bastano una angolatura in una lunga appendice, dei coproliti, delle scibale ristagnanti periodicamente per qualche giorno nel lume appendicolare, perchè siano provocate talora gravi turbe funzionali a carico dello stomaco, del duodeno e secondariamente della colecisti, con tutte quelle conseguenze vicine e lontane nel tempo che ne possono derivare.

Non si dica in questi casi che non s'è trovato un substrato anatomo-patologico atto a giustificare la sindrome e si pensi invece che, data la particolare tara costituzionale, una causa minima pressochè trascurabile è bastata a scatenarla; d'altronde noi abbiamo visto sparire non poche di tali sintomatologie, in questi soggetti, dopo asportata un'appendice ancorchè priva di vere e proprie lesioni anatomopatologiche macroscopiche dei suoi tessuti. Peraltro più volte abbiamo visto ritornare a noi dopo l'appendicectomia taluno di questi tarati costituzionalmente accusando ancora disturbi — magari aggravati — simili a quelli esistenti anteriormente all'appendicectomia. In questi soggetti, quando non abbiano mostrato alla biopsia flogosi periviscerali peritonitiche o fatti aderenziali o pliche peritoneali abnormi, lo stato vagotonico costituzionale esacerbato dalla pregressa irritazione appendicolare o un particolare stato di meiopragia del plesso solare — sempre da quella irritazione indotta e perdurante anche dopo l'appendicectomia, è la causa del protrarsi e dell'aggravarsi dei disturbi. Questi soggetti non vanno abbandonati — come abbiamo visto fare da qualche medico curante — solo per il fatto che oramai sono stati appendicectomizzati, ma vanno invece studiati, seguìti, curati. Abbiamo potuto infatti avere la soddisfazione di veder guarire questi malati dopo una assidua terapia ricostituente generale, sedativa, diretta altresì alla eliminazione di ogni stimolo abnorme a sede ileocecale, e principalmente antivagale.

Queste osservazioni che abbiamo riportato ci sembrano vieppiù confermare anzichè infirmare, come vorrebbero alcuni, la teoria del riflesso neurogeno posta dal Solieri a base della sua S. P. Add. D. e ci sembrano altresì utili a porre in maggiore risalto l'individualità, la peculiarità della sindrome dal Solieri descritta.

In questi ultimi tempi, da parte di varî A., si è accumunata ed inclusa la S. P. Add. D. nelle « perivisceriti adesive addominali », nelle « sindromi digestive croniche dell'addome destro », nelle « sindromi associate dell'addome destro », processi morbosi in cui a base della relazione ed interdipendenza che suol passare tra appendicite, ulcera piloro-duodenale-colecistite, è stato messo un fattore flogistico propagato per via diretta o indiretta dall'appendice al piloro e duodeno ed alla colecisti. L'esistenza, l'importanza capitale del riflesso nervoso, che caratterizza la sindrome del Solieri, acquista pertanto notevolissima evidenza quan-

do entri nel campo della sintonia patologica dell'addome destro una particolare nota di tara neuropatica in genere e di costituzione vagotonica in ispecie. Possiamo in molti di questi casi osservare — come abbiamo riferito — che non solo non esistono alla biopsia fatti flogistici o aderenziali o pliche peritoneali abnormi, ma mancano lesioni anatomo-patologiche macroscopiche a carico dei tessuti dell'appendice, che peraltro si trova o più lunga della norma, con qualche angolatura nel suo asse o contenente coproliti o scibale fecali di recente formazione; eppure è ugualmente in atto una, talora, imponente sintomatologia, piloro-duodenale o colecistica, che si vede sparire non appena tolta l'appendice. A noi appare in questi casi di generico eretismo nervoso, di labile tono vagale, innalzarsi a più alta evidenza, balenare di più vivida luce quel riflesso nervoso che collega, sintonizza la funzione ileo-cecale con la funzione piloro-duodenale e che una lieve abnorme eccitazione vale — in queste particolari dimostrative contingenze — a profondamente turbare.

Perciò crediamo opportuno riferire un caso a noi occorso nell'Ospedale di Dovadola, il quale per l'imponente sintomatologia clinica presentata e per il lusinghiero risultato terapeutico conseguito ci è apparso dimostrativo a conferma delle osservazioni e delle considerazioni che abbiamo esposte.

Si tratta di una monaca in servizio all'ospedale. Suor M.; nata con parto eutocico da madre contadina, ha trascorso i suoi primi anni nella libera campagna non andando neppure soggetta alle comuni malattie dell'infanzia. All'epoca della pubertà si trasferì in città ed attese a lavori di sartoria; mestruata al quindicesimo anno, ebbe poi corsi piuttosto scarsi e ritardati, spesso accompagnantisi a cefalea, nausea, lipotimia; in questo periodo ebbe pure a notare una certa irritabilità nervosa e l'inizio di una persistente stitichezza che non trovava giovamento nei comuni rimedi provati. Fattasi monaca a 19 anni ha notato, vivendo e operando in istretta comunità collegiale, accrescersi la sua irritabilità nervosa generica ed è andata soggetta circa due anni or sono a turbe gastriche dispeptiche a tipo iperacido non meglio definite e che cedettero quasi completamente dopo cinque o sei mesi di cura a base di alcalini. È stata poi discretamente bene fino a quattro o cinque mesi or sono.

Ha ora 23 anni. In relazione ai disturbi che l'hanno condotta a noi, riferisce che quattro o cinque mesi fa, dopo aver subìto un forte trauma morale, ha cominciato di nuovo ad accusare sintomi di dispepsia gastrica iperacida, stitichezza accentuata, momenti di stato ansioso con sensazioni spiacevoli alla regione precordiale e talora senso di cardiopalmo o di arresto dei battiti cardiaci. In seguito riferisce di aver veduto progressivamente accentuarsi i suoi disturbi specie quelli a carico dello stomaco: bruciori epigastrici dopo l'ingestione di cibi piccanti, senso di pirosi e rigurgiti acidi due o tre ore dopo i pasti, dolori alla regione epigastrica, senso di guazzamento riferito allo stomaco il mattino a digiuno. Successivamente s'è pure accorta di saltuari dolori a sede appendicolare ed è stata a poco a poco costretta — accentuandosi i disturbi gastrici — a ridursi a una dieta di solo latte e minestrine. In questi ultimi tempi sono insorti pure vomiti mattutini che si ripetono poi spesso all'ingestione anche di soli liquidi e si accompagnano a senso di forte acidità e di vivo bruciore in gola e lungo l'esofago. Con questa ormai imponente sintomatologia la Suora si presenta finalmente a noi: è dimagrita in pochi mesi di circa otto chili; appare sofferente e pallida.

All'esame obbiettivo: lievissima micropoliadenia diffusa, nulla a carico della pelle e delle mucose visibili, lingua leggermente impaniata; nulla a carico dell'apparato respiratorio e del sistema urogenitale. A carico del circolo si rivela — si sottolinea questo particolare — abituale bradicardia con accessi di lieve aritmia. A carico del sistema nervoso si nota lieve stato di eretismo generico, senso esagerato di apprensione e di preoccupazione durante l'interrogatorio e la visita, tremore alle dita delle mani ad arti superiori estesi, prontezza dei riflessi rotulei, diminuzione del riflesso congiuntivale e faringeo. A carico degli organi addominali si riscontra fegato e milza nei limiti; nulla agli organi del piccolo bacino; nella regione appendicolare si risveglia con la palpazione una certa dolorabilità non in tutti i momenti spiccata; alla regione epigastrica, invece, un poco a destra della linea mediana a circa tre dita trasverse sotto l'arcata costale si risveglia un dolore discretamente accentuato presente talora anche spontaneamente.

Ripetuti esami radiologici dell'apparato digerente mostrano ipercinesi gastrica, accentuati spasmi pilorici, nessun segno apprezzabile di ulcera gastrica o duodenale; a carico dell'appendice un non costante riempimento del suo lume nei vari esami.

Gli esami di laboratorio praticati hanno mostrato quanto segue: *urine*, nulla di patologico; *feci*, scibale formate, dure, secche, assenza di sangue occulto; *esame ematologico*: globuli rossi 3.250.000, globuli bianchi 6800 per mmc.; *emoglobina*, 60 %; *tasso globulare emoglobinico*, 0,90; *formula leucocitaria*, normale; *R. W.* negativa; *glicemia* 0,76 per mille; *azotemia* 0,30 per mille. *L'esame del succo gastrico*, mostra presenza abbondante di acido cloridrico libero, acidità totale, 2,30 per mille, non sangue (notare la differenza dal reperto che suole aversi nelle sindromi isteriche nelle quali esiste in genere ipoacidità). *La pressione arteriosa* è piuttosto bassa: Mx 115 mm. di Hg. *Alcune prove farmaco-dinamiche* eseguite mostrano mancato allargamento delle pupille mediante l'adrenalina (si restringono dopo l'espirazione, segno di Samoggi). Glicosuria alimentare lieve con l'adrenalina; alti eccessi secretori con la pilocarpina.

Si pone diagnosi di dispepsia ipercloridrica e spasmi pilorici in soggetto vagotonico con probabile appendicite cronica. Peraltro, nonostante la negatività dell'esame radiologico e della ricerca del sangue occulto nelle feci, constatando che la sintomatologia della nostra inferma — specie il dolore epigastrico e il vomito — non cede che limitatamente, pur avendola sottoposta a un severo

regime dietetico e medicamentoso, tra cui anche un congruo trattamento a base di iniezioni di Gasterase, non sappiamo vincere il sospetto dell'esistenza di un fatto ulcerativo gastrico o duodenale. Sottoponiamo così il caso al parere del chirurgo dell'Ospedale, il dott. Emiliani, ottimo allievo del Solieri.

Dopo un adatto periodo di osservazione, perdurando la sintomatologia descritta, nel confermato ragionevole sospetto di un'ulcera gastrica o duodenale, si risolve di procedere all'atto operatorio, cui assistiamo personalmente.

In narcosi eterea vien praticato il taglio laparotomico dell'addome destro del Solieri. Si esplora da prima la regione ileo-cecale: peritoneo parietale e viscerale del tutto normale, liscio, lucente, sottile, senza aderenze o pliche abnormi; l'appendice appare di aspetto macroscopico normale; fuorchè nella lunghezza che si riscontra poi essere di quasi 12 centimetri; diretta verso sinistra e un po' in alto. È mobile, ma presenta una flessura angolare nel suo asse. Facilmente estrinsecata presenta nel suo lume quattro corpiciattoli che si riscontrano poi essere costituiti da piccole scibale fecali che per il loro aspetto, la loro conformazione e consistenza appaiono aver ristagnato nel lume appendicolare parecchi giorni. Eseguita l'appendicectomia si procede alla accurata esplorazione dello stomaco, del duodeno e della colecisti; anche qui sierosa parietale e viscerale del tutto normale, assenza assoluta di fatti aderenziali, di pliche o di legamenti abnormi; non si apprezzano, per quanto accuratamente ricercati, segni di fatti ulcerativi a carico delle pareti gastriche, del tratto pilorico, del duodeno. Solamente a tratti si rilevano delle forti onde peristaltiche e spasmi del tratto piloro-duodenale. La cistifellea appare del tutto normale nell'aspetto, nella posizione, nella mobilità. Rimessi i visceri in cavità, si procede alla sutura della ferita laparotomica.

Nella nostra inferma non esistevano dunque quelle lesioni organiche dello stomaco e del duodeno che noi avevamo sospettate. Potemmo solo rilevare una esagerata peristalsi della muscolatura gastrica e forti spasmi piloro-duodenali, che del resto erano già stati controllati radiologicamente. A carico dell'appendice non esistevano veri e propri fatti infiammatori macroscopici, ma solo un'esagerata lunghezza dell'organo, una angolatura nel suo asse e la presenza nel suo lume di feci da qualche tempo ristagnanti. Nè all'appendice, nè al tratto piloro-duodenale, nè alla colecisti alcun segno di periviscerite, di legamenti o di pliche abnormi. Non ci siamo affatto meravigliati di tale reperto negativo: evidentemente l'imponente, grave sintomatologia clinica costituitasi nella paziente era di origine funzionale, provocata in via vagale riflessa — in soggetto appunto spiccatamente vagotonico — da irritazioni partenti da una appendice la quale per essere esageratamente lunga ed angolata si faceva ricettacolo di materiali fecali che soggiornando per troppo tempo nel suo lume non potevano non divenire causa di persistente irritazione patologica. Abbiamo potuto così precisare la nostra diagnosi: dispepsia gastrica iperacida, con spasmi piloro-duodenali in soggetto spiccatamente vagotonico portatore di lesioni appendicolari di modica entità; uno dei casi più dimostrativi di S. P. Add. D. L'appendicectomia non avrebbe mancato di avvalorare il nostro diagnostico.

Il decorso post-operatorio della nostra inferma è stato dei più normali, il risultato conseguito dei più lusinghieri. Già dopo la prima settimana dall'operazione la paziente ha visto cessare del tutto i suoi vomiti, la pirosi, il dolore epigastrico, la molestia in sede appendicolare. Raggiunta poi una dieta pressochè normale, ha constatato con soddisfazione un completo mutismo di quella sintomatologia che tanto l'aveva disturbata. A un mese ormai dopo l'intervento, noi abbiamo altresì osservato un lieve miglioramento dei sintomi bradicardici e la scomparsa degli accessi di aritmia. Perdura solo un certo grado di stitichezza a tipo spastico, che ci siamo proposti di curare e correggere in un collo stato vagotonico della paziente nella speranza di riuscire ad evitarle le manifestazioni morbose successive della sindrome, che non rare volte ci occorre di veder consociate nel tempo, ancorchè sia stata eliminata con la appendicectomia la causa iniziale.

*
* *

Crediamo che il caso occorso alla nostra osservazione appaia così dimostrativo da non aver bisogno di commenti. Ci preme solo di far rilevare come nel nostro soggetto a fondamentale costituzione vagotonica (ricorda la bradicardia, la bassa pressione arteriosa, il risultato di alcune prove farmaco-dinamiche) fosse bastata una lieve ma continua eccitazione partente dall'appendice (ristagno di feci al di là di una flessura) a provocare in via riflessa vagale una disintonizzazione tra funzione ileocecale e funzione piloro duodenale, che era valsa a scatenare così gravi turbe da far sospettare la presenza di fatti ulcerativi. Non è a dire poi quanto nel caso trattato la spiccata costituzione vagotonica valga a far risaltare e a far bene individuata la capitale importanza di quel fattore, di quel riflesso nervoso che caratterizza patogeneticamente la sintonia patologica dell'addome destro. Nel nostro soggetto infatti non solo mancava ogni segno di periviscerite, di aderenze, in una parola di flogosi recenti o remote, ma — anche a carico dell'appendice — non si poteva rilevare che un esagerato ristagno fecale; causa questa di irritazioni, di lievi lesioni dell'organo, che solo un turbato tono del sistema nervoso vegetativo poteva, ed aveva effettivamente potuto, innalzare al valore di stimoli patologici: *riflesso essenzialmente nervoso dunque, non propagazione per qualsiasi via di fatti flogistici.*

In riassunto crediamo pertanto di poter ribadire alcune conclusioni già affermate dal Solieri:

1) La S. P. Add. D. — sindrome del Solieri — è una entità nosologica a sè stante ben precisata e individualizzabile a fondamento della quale sta un chiaro riflesso nervoso sinto-

nizzante la funzione ileo-cecale e la funzione piloro-duodenale.

2) La S. P. Add. D. è in moltissimi casi in istretto rapporto con una costituzione vagotonica.

3) Uno spiccato vagotonismo mette in particolare rilievo e talora senz'altro dimostra la importanza essenziale del fattore nervoso nella S. P. Add. D. e rende maggiormente evidente il distacco fondamentale — specie per quel che riguarda la patogenesi — che intercede tra questa sindrome e le sindromi aderenziali peritoneali.

Per quel che concerne più da vicino il campo medico ci permettiamo concludere con una esortazione allo studio accurato di questo genere di ammalati, anche e principalmente per quanto si riferisce a eventuali turbe costituzionali, onde concorrere con una pronta adeguata terapia, se non sempre ad evitare atti operatori, a rendere meno gravi quelle conseguenze che dal patologico stato costituzionale vediamo spesso derivare e a moderare quelle manifestazioni morbose che, pur dopo l'eliminazione chirurgica del *primum movens*, possono perdurare e talora evolvere aggravandosi, dominate come sono dall'alterato stato del sistema nervoso che governa la vita vegetativa.

RIASSUNTO.

Ricordata la teoria patogenetica di riflesso nervoso che sta a base della sindrome dal Solieri definita « sintonia patologica dell'addome destro », l'A. pone in particolare evidenza i rapporti che intercorrono tra detta sindrome e la costituzione vagotonica e riferisce un caso dimostrativo in proposito.

Conclude, per le osservazioni fatte, ribadendo il concetto della individualità della S. P. Add. D. e sostiene che uno spiccato vagotonismo mette in particolare rilievo l'importanza essenziale del riflesso nervoso quale fattore patogenetico della sindrome stessa.

Afferma infine che in presenza di tali sindromi è doveroso per il medico ricercare eventuali turbe del sistema nervoso vegetativo con particolare riguardo al vagotonismo e instituire in tale campo una pronta adeguata terapia, tutt'altro che trascurabile, per la guarigione definitiva del malato.

BIBLIOGRAFIA.

S. SOLIERI. *Scritti sull'addome destro*. Cappelli, Bologna, 1933.

LAIGNEL-LAVASTINE. *La vagotonia digestiva*. Annali Laboratori Clin., 1933.

Citati dal SOLIERI: N. LEOTTA. *Sindromi associate dell'addome destro*, Arch. Soc. It. di Chir., 1931 e Forze Sanitarie, 1933.

R. PAOLUCCI. *L'associazione morbosa dell'appendicite con l'ulcera gastro-duodenale e la colecistite*. Forze Sanitarie, 1932.

M. LORETI. *Il dolore epigastrico nell'appendicite ed il riflesso appendiculo-gastrico ecc.* Policlinico, 1931.

M. BUFANO. *Contributo alla conoscenza delle sindromi ecc.* Riforma Medica, 1931.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Le basi teorico-sperimentali della « Prova della reazione emoclasica da insufflazione » per determinare la sospensione del Pnx terapeutico nella tbc. polmonare.

(M. MAZZETTI. *Croce Rossa*, gennaio 1934).

Avezzù e Boggian hanno messo in evidenza il verificarsi di uno shoc emoclasico nei momenti immediatamente seguenti al rifornimento gassoso nel pneumotorace terapeutico per tubercolosi polmonare.

L'A. in seguito a numerose ricerche ha potuto stabilire che il rifornimento gassoso nel pnx terapeutico per tbc. polmonare, in alcuni casi dà luogo alla crisi emoclasica, mentre in altri non provoca nessuna modificazione vasco-lo-sanguigna.

Questa seconda evenienza si ha in soggetti portatori di pnx terapeutico i quali presentano una guarigione clinica o nei quali la sacca pneumotoracica non ha una azione compressiva diretta sopra la lesione polmonare.

Si domanda l'A. quale può essere la patogenesi della R. E. da rifornimento nel pnx per tbc. polmonare, se cioè essa reazione è uno shoc specifico simile a quello che negli stessi individui si può provocare con iniezione di tubercolina (D'Amato), oppure è dovuta a cause diverse, come sostanze proteiche aspecifiche del focolaio polmonare, o a stimoli sul sistema nervoso autonomo da parte del gas introdotto.

L'A. ha eseguito ricerche in proposito sopra dieci individui portatori di pnx terapeutico per tbc. polmonare nei quali la ricerca della R. E. da rifornimento era stata positiva. Praticò in tali soggetti una iniezione di tubercolina che in tutti i casi diede luogo a una chiara crisi emoclasica.

Invece in essi l'introduzione per via parenterale di due cc. di siero di cavallo non diede luogo ad alcuno shoc emoclasico, ma solo a leucocitosi netta.

Da questi e da altri fatti basati su ricerche di altri AA., il nostro conclude che siano soltanto i prodotti specifici della necrosi dei tessuti colpiti dal processo tubercolare, i quali spremuti dal collasso del polmone, vengono

messi in circolazione e provocano uno shoc emoclasico specifico.

Quindi lo scatenarsi dello shoc emoclasico per l'insufflazione gassosa indica l'esistenza di prodotti necrotici a livello del focolaio polmonare, il che fa pensare ad una attività del processo specifico. È quindi necessario, in tali casi, continuare il pnx.

Invece. una mancata R. E. da insufflazione sta ad indicare che il collasso polmonare non provoca immissione in circolo di veleni tbc. Ciò può accadere in due circostanze: o a livello del focolaio polmonare non vi sono prodotti necrotici specifici oppure sono isolati bene dal tessuto di reazione fibrosa; ovvero la spremitura di veleni tbc. non ha luogo perchè l'azione del collasso non si verifica sulle zone malate, troppo lontane.

In entrambi i casi il pnx non ha ragion d'essere. Nel primo caso perchè si deve supporre avvenuta la guarigione delle lesioni; nel secondo perchè è inefficace.

L'A. ha indagato e sta indagando alacremente se questi presupposti teorico-sperimentali abbiano una corrispondenza nella pratica e riferisce che i primi risultati di queste ricerche lo hanno incoraggiato a proseguire le indagini.

Fin d'ora però si dichiara convinto che la prova della crisi emoclasica post-rifornimento possa e debba entrare nella pratica corrente, tra gli elementi che servono a determinare la sospensione del pnx terapeutico nella tbc. polmonare.

VICENTINI.

Il valore dell'alcoolizzazione del nervo frenico nella cura della tubercolosi polmonare.

(D. MICHETTI. *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, febbraio 1934).

La frenicectomia è operazione mirabile quando è coronata da pieno successo, ma presenta inconvenienti seri quando fallisce al suo scopo, poichè l'exeresi del n. frenico è intervento definitivo che paralizza il diaframma e ne provoca atrofia rapida. È perciò da raccomandarsi di procedere alla operazione di Felix solo dopo aver vagliato il più esattamente possibile le indicazioni e le contro-indicazioni. Ma purtroppo molte volte si è andati incontro a disillusioni perchè la pressione dell'azione della frenicectomia è spesso assai incerta e fallace.

L'alcoolizzazione del n. frenico permette di saggiare l'azione della paralisi del diaframma in tutti i casi, nei quali essa è indicata sì, ma il cui effetto sarà incerto per la natura delle lesioni, per la loro posizione topografica, per lo stato del polmone controlaterale. Questo accadrà nei casi seguenti: 1) caverna isolata dell'apice; 2) lesioni ulcerative croniche situate nella metà superiore del polmone e di caverne circondate da tessuto tubercolare sclerotico; 3) esistenza di una grande caverna isolata che occupa tutto o parte del lobo superiore.

In questi casi il pnx. è o irrealizzabile o addirittura controindicato, discutibile la frenicectomia.

Si saggerà perciò le conseguenze di questa ultima mediante la alcoolizzazione del n. frenico.

Quattro evenienze possono verificarsi: 1) efficacia completa dell'intervento e guarigione conseguita con operazione facile e benigna; 2) miglioramento delle lesioni, ma ripresa della funzione del diaframma troppo precoce: è necessario allora procedere alla exeresi o ad una nuova alcoolizzazione; 3) la retrazione cicatriziale si è arrestata prima di arrivare alla chiusura delle caverne; 4) nessun risultato della frenico-alcoolizzazione.

L'A. infine riferisce due casi particolarmente illustrativi, scelti tra i 40 studiati.

VICENTINI

L'elioterapia nella tubercolosi polmonare.

(A. BOTTERO. *Archivio di Medicina e Chirurgia delle Op. Antitbc. del Comune di Milano*, febbraio 1934).

Disparate sono le opinioni dei molti AA. che hanno sperimentato la elioterapia nella tbc. polmonare. Vi sono coloro che sono assolutamente contrari perchè ritengono dannoso tale metodo di cura, coloro che gli negano ogni valore e quelli infine che pur avendone ritratto ottimi risultati, consigliano la massima cautela nella scelta dei casi e nella tecnica di esposizione.

Seguendo una via di mezzo si può dire che le forme polmonari lievi, le infiltrazioni discrete, possono trarre beneficio dalla elioterapia, mentre le forme evolutive ed estensive rappresentano controindicazioni assolute.

L'A. ha curato con la elioterapia 26 malate di forme diverse di tbc. polmonare, in gran maggioranza bilaterali, che scarso vantaggio avevano ritratto dalla cura sanatoriale.

Contrariamente a quanto si vuole fare di solito, l'A. ha sempre esposto fin dalla prima seduta tutta la superficie del corpo ai raggi solari. Su tali pp. eseguì delle ricerche ematologiche: conta dei globuli rossi, dosaggio della emoglobina, valore globulare, formula leucocitaria, indice nucleare, tasso glicemico. Fece anche altre osservazioni sulla pigmentazione, peso, temperatura, tosse, espettorati, funzioni digestive, mestruazioni, condizioni polmonari e variazioni della imagine radiologica. Egli ha ottenuto una percentuale di guarigioni del 7,69 %, di miglioramenti del 50%; il 19,24 % è rimasto stazionario e il 23,07 % è peggiorato.

Una prima importante deduzione che trae l'A. dalle sue ricerche è che il tuber. della tbc. polmonare tollera molto bene la cura del sole

purchè condotta con prudenza. Egli non ha mai riscontrato emottisi gravi, nè *poussées* evolutive, nè gravi eritemi.

La pigmentazione apparve in modo variabile secondo i soggetti ed in rapporto alle condizioni generali.

Il miglioramento di queste era pure messo in evidenza dalle favorevoli modificazioni della crasi sanguigna (aumento degli eritrociti e del contenuto in emoglobina; spostamento verso destra della formula di Arneth).

La temperatura era influenzata fin dall'inizio della cura: così in alcuni casi si aveva rapidamente la epiressia, in altri più lentamente; nei malati invece nei quali le tossine minavano l'organismo, fin dalle prime esposizioni, si avevano elevazioni termiche.

La tosse fu difficilmente influenzata, mentre l'espettorato diminuì sensibilmente in alcuni malati ed in altri cessò del tutto.

In alcuni malati vi fu un miglioramento nelle condizioni dell'apparato digerente. Aumento di peso vi fu solo verso la fine della cura, mentre nei primi tempi vi fu diminuzione imputabile alla copiosa sudorazione. La muscolatura acquistò in trofismo e tonicità. Il ritmo mestruale alterato, ritornò normale. Di poca entità furono le modificazioni dei fatti ascoltatori polmonari e del reperto radiologico.

In nessun caso fu trovata albuminuria.

Il tasso glicemico aumentò col migliorare delle condizioni generali e presentò differenze notevoli individuali dopo la cura.

VICENTINI.

La ipoglicemia insulinica nella tubercolosi polmonare.

(G. PEPE. *Folia Medica*, 15 maggio 1933).

L'A. ha ricercato il comportamento delle modificazioni della glicemia nei tbc., dopo somministrazione di insulina. I malati sono stati distinti in due gruppi: quelli con lesioni localizzate, apirettici e in buone condizioni generali e quelli con lesioni estese, febbrili, denutriti. La prova è stata eseguita al mattino a digiuno. Dopo il 1° prelevamento di sangue l'A. ha iniettato 20 unità di insulina Lilly ed ha poi continuato i prelevamenti ogni 1/2 ora e per tre ore consecutive. La glicemia è stata eseguita col metodo di Hagedorn e Jensen.

Dalle sue esperienze ha dedotto che nella tbc. polmonare con lesioni localizzate e senza fenomeni di intossicazione, la ipoglicemia provocata con iniezione di insulina è più precoce a stabilirsi e più intensa che non in individui normali; invece nella tbc. polmonare con lesioni estese e fenomeni di intossicazione, la ipoglicemia post-insulinica è più tardiva e meno intensa rispetto agli individui normali.

I tbc. con lesioni localizzate non hanno lesioni degli organi endocrini, anzi sono degli ipersimpaticotonici e perciò, mentre presentano di fronte allo stimolo insulinico esogeno una più precoce ed intensa ipoglicemia, mettono poi rapidamente in azione gli ormoni eccito-catabolici antagonisti dell'insulina che fanno sì che la glicemia ritorni in cifre normali in un tempo quasi uguale a quelli degli individui sani.

Nei tubercolotici con lesioni polmonari estese, gli organi regolatori del ricambio degli idrati di carbonio diventano insufficienti, per cui il tasso glicemico non si abbassa notevolmente. D'altra parte per una meiopragia della midollare e per un difetto della funzione glicogenolitica del fegato, mancano i fattori cui è devoluta la funzione di riportare alla norma il tasso glicemico. Per tutto ciò la ipoglicemia, se pur lieve, non si corregge entro il tempo di durata riscontrato nei controlli normali.

Questa è l'interpretazione data dall'A. ai risultati del suo lavoro. Egli ritiene che la prova della ipoglicemia provocata debba trovar posto accanto alle altre prove di sondaggio funzionale proposte ed attuate nella tubercolosi polmonare.

VICENTINI.

RENI E VIE URINARIE.

Ricerche sugli antisettici urinari.

(DANIEL BOVET e LUCIE DEMANCHE. *Annals de l'Institut Pasteur*, agosto 1933).

Gli AA. riferiscono di aver sperimentati i vari antisettici urinari per controllare la loro azione sul potere battericida dell'urina. Sono stati studiati in particolare l'urotropina e i suoi derivati, e dettagliatamente: l'esametilen-tetrammina (urotropina), l'iodo-metilato di esametilen-tetrammina (F 790), e lo iodoetalonato di esametilen-tetrammina (F 789). Gli altri derivati si sono mostrati o poco attivi, o troppo poco solubili, o troppo tossici.

Tecnica delle esperienze. — Gli animali di esperimento sono stati i conigli; le sostanze sono state somministrate per via boccale e endovena. I risultati sono stati variabili.

Molte possono essere le cause d'errore: 1) l'urina può essere naturalmente antisettica (ma ciò solo per lo stafilococco, non per il colibacillo); 2) nefriti preesistenti all'esperienza o dipendenti dalla somministrazione dei farmaci, sia per la minore eliminazione dei farmaci, sia per la loro minore azione in ambiente albuminoso; 3) l'intensità della diuresi; 4) la differenza del pH delle urine.

Dopo somministrazione per via endovenosa di gr. 1 dei farmaci per Kgr. di peso, si sono avuti i seguenti risultati:

Urotropina: azione sullo stafilococco 1 ora e un quarto, sul b. coli mezz'ora;

F 790: azione sullo stafilococco 5 ore, sul b. coli 4 ore;

F 789: azione sullo stafilococco 7 ore, sul b. coli 5 ore.

Gli AA. dicono che, data l'alcalinità dell'urina del coniglio, lo sperimentare su di essi costituisce una condizione sfavorevole per l'urotropina che agisce solo in ambiente acido, ma l'alcalinità dell'urina si ritrova molto spesso nelle affezioni urinarie.

Dopo somministrazione per via boccale si sono avuti dei risultati molto irregolari; poichè le forti dosi sembrano agir male in rapporto delle nefriti che determinano, le piccole in rapporto alla loro scarsissima concentrazione nelle urine. L'urina di conigli trattati con urotropina *per os* non si è mai mostrata antisettica, mentre quelle di conigli trattati con F 790 e F 789 nei casi più favorevoli si è mostrata antisettica come nei casi di somministrazione endovena.

Le dosi di urotropina sono state di gr. 2-4 per Kgr. di peso; quelle di F 790 e F 789 di gr. 1-2 per Kgr. di peso.

In vitro l'urotropina si è mostrata pressochè inattiva anche a concentrazione del 2 % in ambiente con pH di 7 o maggiore di 7.

Lo F 790 è meno attivo dell'urotropina in ambiente molto acido, ma la sua azione si prolunga di più quando l'ambiente diventa alcalino.

L'azione del F 789 si è mostrata indipendente dall'acidità e dall'alcalinità del mezzo, in rapporto ad una azione antisettica propria indipendente dalla liberazione dell'aldeide formica.

La tossicità renale è uguale per l'urotropina e per lo F 789, si comincia ad avere leggera albuminuria e i primi sintomi di nefrite con la somministrazione endovena di gr. 1 per Kgr. di peso.

La tossicità generale invece mentre per l'urotropina è di gr. 10 per via endovenosa per Kgr. di peso, per lo F 789 è di gr. 2-3.

Lo F 790 ha la stessa tossicità del F 789.

Gli AA. concludono che: 1) dei derivati della esametilen-tetrammina il più attivo è lo F 789; 2) lo F 789 ha la stessa tossicità renale dell'urotropina, una tossicità generale 3-4 volte maggiore; 3) lo F 789 per via endovenosa passa costantemente nelle urine e le rende antisettiche, mentre questa azione è molto incostante per l'urotropina. Per via boccale, a dose equivalente, mentre l'urotropina non ha mostrata azione battericida, lo F 789 la ha mostrata molto nettamente; 4) in vitro mentre l'urotropina non ha azione antisettica che in mezzo acido a partire da pH inferiore di 5,5 lo F 789 possiede un potere antisettico indipendente dalla reazione del mezzo.

Ulrico Bracci.

Musculo interureterale flottante.

(Ferrandez Senante. *Revista de Cirugia de Barcelona*, n. 33).

Praticando una cistoscopia in un malato giovane, con incontinenza notturna, che durava da sei mesi, con piuria e la cui storia faceva presumere una tubercolosi renale, l'A., mentre illuminava la regione ureterale sinistra, notò con sorpresa, l'esistenza di un ponte, che come un cordone quasi cilindrico, saltava dalla regione dove incomincia il musculo interureterale normale al centro del limite superiore del trigono; ponte ben delimitato, coperto da mucosa quasi normale e al di sotto del cui arco si vedeva perfettamente il fondo vescicale. Il trigono invece era intensamente arrossato, ulcerato in una zona e coperto in alto da proliferazioni di tipo infiammatorio. A destra notò lo stesso cordone, che unendosi con quello del lato opposto, per mezzo di un pilastro, che era in continuità anatomica con la vescica, faceva pensare ad un ponte a due archi.

Gli orifizi ureterali, cercati con cura nella zona estrema di questo anormale « musculo interureterale » e nel suo angolo di unione con la vescica, non poterono essere scoperti, nè con la cistoscopia prolungata, nè con la iniezione endovenosa di indaco-carminio, che diede una cromocistoscopia negativa in mezz'ora di osservazione.

La sintomatologia ad ogni modo era evidente e chiara onde il paziente fu operato di nefrectomia sinistra. Però in seguito a insufficienza renale l'ammalato morì 13 giorni dopo. Allora sul pezzo anatomico, si tentò il cateterismo a vescica aperta con risultato ugualmente negativo, perchè i meati ureterali non erano visibili. Quindi furono cercati con cateterismo retrogrado, che fu finalmente possibile a sinistra subito. La sonda abboccò nella vescica attraverso un meato situato in pieno musculo libero, nel suo estremo sinistro a destra il cateterismo retrogrado fu più indaginoso perchè la sonda era arrestata da un ostacolo in prossimità della vescica, in ultimo fu trovato nel centro del musculo, però non simmetricamente al sinistro, ma più al di fuori.

L'autore la considera perciò come una anomalia interessante a conoscersi.

N. Di Paola.

Anestesia locale infiltrativa della prostata prima della resezione.

(William N. Wishard, Hames and Mertz. *The Journal of the Americ. Med. Ass.*, 6 gennaio 1934).

Gli AA. constatano che in alcuni pazienti affetti da ipertrofia prostatica, volendo procedere alla resezione di essa per via endouretrale senza far sentire dolore, e non volendo arrischiare, per le condizioni cardiache od altre controindicazioni, le anestesie inalatorie, spinali, sacrali, bisogna procedere con l'anestesia locale. Per ottenere detta anestesia della prostata, che chiamano infiltrativa, attraverso la via naturale, gli AA. hanno, su loro dise-

gno, fatto costruire un apparecchio speciale, fornito di un ago ipodermico, n. 21, applicato all'estremità di un tubo che sostituisce l'ansa dell'elettrotomo.

Gli aghi finora usati dai vari AA. operavano quasi parallelamente all'asse lungo dell'uretra di modo che con essi si aveva la possibilità di infiltrare solo la parte superficiale. L'ago adoperato dagli AA. potendo flettersi ad angolo acuto sulla guaina portatrice, può introdursi nel tessuto prostatico e periprostatico fino a 1 1/2 cm. Il tubo che porta l'ago viene inserito in un altro esterno deflesso. L'ago n. 25, di acciaio inossidabile, si avvita all'estremità del tubo interno che viene poi inserito nella guaina esterna. L'intero apparecchio viene collocato nella scanalatura del resectoscopio di Mc Carty, abitualmente occupata dall'ansa diatermica. La guaina deflessa è assicurata nella parte posteriore per mezzo di una chiavetta fissata sul tubo estensore, mentre il tubo che porta l'ago viene introdotto dietro la vite d'attacco che generalmente tiene fisso l'elettrodo.

Un piccolo rubinetto connesso con un breve catetere ureterale si avvita lateralmente al tubo che porta l'ago proprio davanti alla vite d'attacco. L'altra estremità del catetere è fissata ad una siringa della capacità di 10 cc.

Si può fare rientrare l'ago in modo che stia interamente nascosto nel tubo esterno e che il resectoscopio possa essere mosso avanti e indietro a volontà. Quando il campo desiderato appare nella lente, si spinge, sotto la visione diretta, l'ago avanti nel tessuto prostatico ad angolo sufficientemente acuto in modo che possa penetrare profondamente.

Preparazione: Mezz'ora prima dell'operazione s'introducano in vescica, mediante un catetere, 15 cc. di una soluzione di meticaina al 2 %. L'uretra viene irrigata ed anestesizzata con una soluzione di idrocloruro di cocaina (15 mgm.).

S'introduce il resettoscopio nell'uretra munito dell'ago invece dell'elettrodo per resezione. All'altezza del pavimento dell'uretra, al margine dell'orifizio vescicale, l'ago viene introdotto nella prostata. Con la siringa si aspira per sincerarsi di non essere dentro un vaso, dopo di che s'inietta una soluzione di idroclorato di procaina al 2 %. Ordinariamente se ne iniettano da 1 a 4 cc. per ogni introduzione dell'ago; questo viene ritirato e reintrodotto un po' distalmente.

Così il pavimento dell'uretra prostatica viene imbevuto fino al veromontanum; dopo vengono iniettati i lobi laterali della prostata. La quantità media di liquido anestetico da iniettare varia da 20 a 30 cc.

Per l'infiltrazione completa occorrono generalmente 10'.

Controindicazioni: 1) Una intolleranza speciale della vescica ad essere distesa costituisce un serio ostacolo all'anestesia locale.

2) I pazienti particolarmente nervosi, eccitabili e quelli affetti da diabete non devono essere sottoposti a resezioni della prostata sotto anestesia locale. SCANDURRA.

MISCELLANEA.

Alcuni progressi nei metodi di esplorazione radiologica.

(M. SAITO. *Revista de Cirugia de Barcelona*, ottobre, 1933).

L'oggetto di questa conferenza consisteva nel rendere conto dei lavori fatti nella clinica dell'Università di Nagoya circa le esplorazioni radiologiche dell'apparato digestivo, dei nervi periferici e del sistema linfatico.

Apparato digestivo: Partendo dal concetto che è molto interessante conoscere radiologicamente le alterazioni della parete in modo globale e non della sola mucosa, è stata utilizzata la gastro-parieto-grafia che consiste nell'iniettare nella cavità peritoneale da uno a due litri di aria e contemporaneamente fare ingerire del bicarbonato di sodio ed acido tartarico ottenendo formazione di acido carbonico. In questo modo hanno ottenuto delle belle immagini delle pareti gastriche, del duodeno, del fegato, della vescichetta biliare, ecc.

Nervi periferici: Sono state utilizzate come sostanze il torotrast ed una finissima emulsione di lipiodol che sono osmoticamente inattive. I metodi di neurografie sono due o per semplice iniezione sottocutanea o per iniezione dei tessuti e liberazione del nervo. La sostanza opaca può essere iniettata o nel tronco nervoso (intraneurale) o fra i vari tronchi nervosi (perineurale). Le radiografie si praticano due o tre giorni dopo e la sostanza opaca emigra centripetamente per un tratto da 15 a 35 centimetri e perifericamente per un tratto da 5 a 10 cent. Si osservano delle immagini di fibre a direzione parallela e si possono mettere in evidenza anche le immagini del perinervio che si compone di due strati uno interno longitudinale ed uno esterno a fibre spirali.

Il metodo perineurale può essere utilizzato per i plessi (brachiale e lombo sacrale). È stata praticata l'iniezione di emulsione di lipiodol nello jato sacrale ottenendo una migrazione della sostanza opaca prima all'esterno della dura madre fino alle radici dorsali e poi all'esterno dei nervi con formazione di immagini spinali e del plesso sacro-lombare. È stata ottenuta anche le neurinomografia in un soggetto con neuromi multipli del braccio destro. In radiografie dopo traumi e cicatrici del sistema nervoso periferico

si vede che la continuità della sostanza opaca è bloccata in corrispondenza della lesione.

Linfo-vascolo-grafia e linfo-adeno-grafia: È stato visto che iniettando il torotrast nell'addome di alcuni animali vivi dopo un tempo che varia da otto a 24 ore si osservano le macchie corrispondenti ai gangli ed ai vasi linfatici retrosternali, al dotto toracico ed ai vari linfatici intercostali.

In una ragazza affetta da gonartrite sifilitica, la iniezione di torotrast ha messo in evidenza le immagini dei vasi linfatici femorali, dei gangli femorali, iliaci e lombari.

L'iniezione nella cavità pleurica di un cane di torotrast ha messo bene in evidenza i vasi e gangli linfatici retrosternali ed intercostali, e poi anche quelli ascellari.

L'A. conclude dicendo che la radiografia mediante la visualizzazione del sistema linfatico può essere eseguita correntemente come qualsiasi altro mezzo radiologico.

PLASTINA.

Clinica ed istopatologia delle lesioni elettriche.

(S. JELLINEK. *Medizinische Welt*, 10 febbraio 1934).

Le lesioni elettriche hanno caratteristiche proprie per le quali si distinguono dalle altre affezioni congeneri, e non solo per i fatti locali ma anche per quelli generali ed a carico degli organi interni. A differenza delle comuni lesioni traumatiche, quelle elettriche sono indolenti, non sanguinano, non presentano fenomeni reattivi.

E la distinzione riguarda non solo il decorso clinico della lesione, ma anche il processo di cicatrizzazione. Mentre le ustioni estese e profonde guariscono con cicatrici, che di regola producono deturpamenti permanenti e deficienze funzionali, la cicatrice che si forma nella cute e nei tessuti sottostanti a seguito di lesioni elettriche è talmente plastica e distensibile, da diventare pochissimo appariscente con l'andar del tempo e da non produrre mai gravi postumi invalidanti.

Questa particolarità del tessuto cicatriziale si ha anche quando la lesione elettrica investe il periostio e perfino l'osso. Ed è sorprendente il fatto che anche quando il tessuto cicatriziale invade la capsula articolare non si ha anchilosi e la motilità dell'articolazione non rimane diminuita.

Molto interessante dal punto di vista terapeutico è la mancanza di ogni tendenza alla suppurazione, alle reazioni infiammatorie dei tessuti vicini, alle infezioni generali. Le lesioni elettriche pur essendo ricche di germi patogeni (streptococchi, stafilococchi, pneumococchi, piocianei e simili) guariscono come ferite sterili con scarsa secrezione e lievi ipertermie. La conseguenza terapeutica di tale fatto si è che le lesioni elettriche non vanno toccate: la guarigione avviene spontaneamente senza necessità di interventi e di disinfezioni.

La terapia conservativa non si deve abbandonare anche quando si verificano distruzioni di tendini o apertura delle cavità articolari sia subito, sia tardivamente a seguito di necrosi asettica.

La tendenza alla guarigione delle lesioni elettriche e la formazione, a seguito di esse, di cicatrici non deturpanti nè invalidanti ha una grande importanza per la moderna elettrochirurgia e costituisce un vero trionfo nel trattamento a mezzo dell'alta frequenza.

La terapia aspettante è ancor più indicata quando le lesioni delle parti molli si presentano anche nelle prime ore o nei primi giorni necrosate, fatto che si deve esclusivamente alla straordinaria ischemia provocata da un forte spasmo vasale.

Le lesioni ossee prodotte da una corrente elettrica sono molto spesso di dimensioni microscopiche e talvolta non sono rilevabili neppure all'esame radiologico. Solo in capo a qualche settimana avviene l'allargamento dell'osteoschisi fino al punto che la demarcazione è visibile sulla lastra fotografica. È degno di rilievo il fatto che la linea di separazione ha un decorso nettamente lineare e che nel suo ambito mancano i segni indicanti processi di riparazione (formazione di callo).

Le lesioni ossee elettriche hanno un decorso benigno, senza dolori, senza reazioni infiammatorie: solo eccezionalmente può verificarsi l'osteomielite.

Ma le lesioni ossee possono essere complicate dalle violente contrazioni, dalla tetanizzazione dei muscoli. In questi casi si hanno dolori più o meno intensi, suffusioni, lesioni articolari ed anche lussazioni. Nel caso dell'articolazione della spalla i dolori sono molto violenti e si diffondono non solo lungo l'arto, ma anche al petto, in modo da dare l'impressione che si tratti di angina pectoris.

La terapia nettamente conservativa è da osservare in tutti i casi anche i più allarmanti. Tuttavia vi sono rare eccezioni per le quali il pericolo di vita imminente fa divenire inevitabile l'intervento chirurgico. Tali sono i casi nei quali dopo un breve periodo di riposo compaiono improvvisi disturbi generali gravi (brividi violenti, febbre alta, fenomeni cerebrali, emoglobinuria, ecc.), o quando si verifica un peggioramento dei fatti locali ad un'estremità (forte edema, dolori, raffreddamento, cianosi, piccolezza del polso, ecc.). In tali casi il sacrificio di un'estremità può salvare la vita.

Un indice della gravità dello stato generale è talvolta l'ipertensione del liquido cefalo-rachidiano, che si accompagna a fenomeni inerenti all'aumento della pressione endocranica (fotofobia, cefalea, lieve stato stuporoso, rigidità nucale, nausea, polso lento, ecc.). Ogni

qualvolta si presentano tali fatti è necessario praticare la puntura lombare non solo a scopo diagnostico, ma terapeutico: l'evacuazione di 20-30 cmc. di liquor a seconda del grado di ipertensione produce un netto miglioramento.

Le emorragie possono talvolta essere così profuse da riuscire letali. Tali emorragie si possono verificare non solo nelle lesioni profonde, ma anche in quelle che sembrano affatto innocue. In capo a due o tre settimane, quando il tessuto investito cade in necrosi asettica, si può avere la rottura di un vaso ed una emorragia improvvisa ed abbondante.

Oltre a ciò si possono verificare alterazioni delle pareti delle arteriole e dei capillari con formazione di trombi ed emboli, nonchè disturbi funzionali (angiospasmi, vasoparalisi).

L'accertamento di queste alterazioni consente di precisare il quadro clinico e di mettere in pratica i mezzi terapeutici adatti. Al riguardo è a rilevare come le compresse di benzina fanno buona prova contro gli spasmi vasali improvvisi, contro i dolori, contro i disturbi renali, il meteorismo doloroso ed altri disordini.

I focolai di rammollimento nel cervello, i focolai ischemici nel fegato o in altri organi interni che si verificano sotto l'azione dell'elettricità sono evidentemente dovuti agli stessi spasmi vasali che si riscontrano nelle lesioni dei tessuti molli. È facile comprendere come molti disordini cardiaci siano in dipendenza di spasmi delle coronarie. Tutti questi disturbi che sono di natura puramente funzionale hanno una spiccata tendenza al miglioramento.

Anche i disturbi a carico del sistema centrale e periferico (manifestazioni apoplettiche, paralisi, contratture, dolori, distrofie, ecc.), i quali compaiono immediatamente o qualche tempo dopo il trauma tendono nella grande maggioranza dei casi alla guarigione: solo eccezionalmente si producono processi degenerativi o stati marantici.

Dalla rigorosa osservanza del metodo conservativo, dalla osservazione e sorveglianza dello stato generale, il medico deve passare all'intervento attivo solo quando il decorso normale delle lesioni elettriche si altera con fenomeni allarmanti. DR.

Le infezioni gassose da iniezione di adrenalina.

(D. LEONARDI, *Giornale di Medicina Militare*, fasc. I, gennaio 1934).

L'autore prendendo lo spunto dalle ricerche fatte dal dott. Grasso sui flemmoni gangrenosi a seguito di iniezione di adrenalina, ha voluto intraprendere alcune ricerche sperimentali per studiare il meccanismo d'azione locale dell'adrenalina e la provenienza dei germi.

A tale scopo servendosi di adrenalina cloridrato dell'Istituto chimico farmaceutico militare e di quella dell'Istituto sieroterapico milanese dopo averne controllato la sterilità, nonchè di germi quali il perfrigens, quello dell'edema maligno e lo stafilococco aureo, ha proceduto a inoculazioni nelle cavie di cc. 0,75 di adrenalina e cc. 0,25 di cultura del germe adoperato in una coscia, e di cc. 0,75 di soluzione fisiologica + cc. 0,25 del germe, nell'altra coscia; la via fu la endomuscolare e la sottocutanea.

Dai risultati di queste esperienze ha avuto conferma che l'adrenalina favorisce l'insorgenza e lo sviluppo delle affezioni microbiche locali, imprimendo a queste un carattere di maggiore gravità, ma ha osservato ancora come le lesioni nei tessuti furono più gravi nelle inoculazioni intramuscolari che in quelle nel sottocute.

Dato ciò ha voluto studiare il comportamento dei vari tessuti a contatto con l'adrenalina ed ha proceduto ad iniezioni di tale sostanza nel derma, nel sottocute e nei muscoli. Si è servito di cavie e come regioni per l'inoculazione ha prescelto il dorso per le iniezioni intradermiche e sottocutanee, la posteriore della coscia per l'endomuscolare.

Da questa seconda serie di esperienze è risultato che l'adrenalina è causa di necrosi nel derma e nei muscoli, mentre non produce alterazioni visibili macroscopicamente nel sottocute.

Messo questo risultato in relazione alla migliore protezione che i *retinacula cutis* offrono all'azione vasocostrittrice del farmaco, da cui sgorga naturale il principio della scelta della via per l'introduzione del farmaco, e tenuto conto della 1ª serie delle esperienze, ha voluto ancora ricercare il comportamento dei leucociti e del potere opsonico dei sieri in contatto con l'adrenalina.

Tali ricerche, per la cui tecnica rimandiamo all'originale, hanno confermato l'ipotesi che l'adrenalina oltre all'azione vasocostrittrice esercita una azione chemiotattica negativa ed una diminuzione del potere opsonico (0,30-0,40).

Accertato così il meccanismo d'azione della adrenalina rimaneva da studiare la porta d'ingresso dei germi.

La ipotesi duplice, esogena ed endogena, della provenienza dei germi, è stata dall'A. esaurientemente studiata attraverso varie serie di esperienze su conigli, venendo alla conclusione che la via esogena sia l'unica via di penetrazione dei germi (cute, apparecchi di iniezioni).

Conclusioni: l'adrenalina favorisce e facilita l'insorgere della gangrena gassosa, allorchè i germi di questa infezione capitano col farmaco nei tessuti; tale agevolazione sarebbe dovuta all'azione vasocostrittrice sui tessuti, alla chemiotassi negativa, alla diminuzione del potere opsonico.

A. GONZALES.

DIVAGAZIONI

"Figli di ricchi e figli di poveri" [1]

È un fatto che se all'epoca di Dante gli igienisti si fossero proposti di selezionare gli individui allo scopo di assicurare sopratutto la riproduzione di quelli esperti nel « dolce dir d'amore » o nel « donneare a guisa di leggiadro », doti apprezzatissime in quell'epoca, e tale indirizzo si fosse mantenuto nei secoli successivi, oggi, nell'epoca dei grandi *trust* industriali e bancari, accanto o in luogo dei Ford, dei Rockefeller, dei Morgan, avremmo degli individui molto « sfasati » rispetto al ritmo vorticoso della vita attuale e molto probabilmente poco utili.

Una riflessione analoga vien da fare allorquando si tengono presenti i criteri seguiti da alcune nazioni nei riguardi della selezione degli individui, secondo presupposti che solo il tempo e la lunga esperienza potranno dire se saranno esatti, ma che allo stato attuale delle cognizioni è arbitrario di applicare sistematicamente.

È quanto con sfumature varie di programma si propongono di raggiungere il « birth control » anglo-americano, l'aborto legale, il certificato medico prematrimoniale obbligatorio, la segregazione e sterilizzazione coercitiva degli indesiderabili. Tendenze e attuazioni di fronte alle quali la nostra mentalità italiana, meno fantasiosa di quanto gli altri vorrebbero far credere, si è mostrata piuttosto diffidente anche in omaggio ad un criterio di rispetto dell'uomo, che non deve mai costituire materiale di esperienza.

Oltre a ciò, pur ammettendo di seguire un programma di selezione di individui con caratteristiche determinate, chi può dire che essi, mentre oggi costituiscono una *élite* nelle forze propulsive della società, sieno domani corrispondenti ai bisogni, all'intonazione (probabilmente molto diversa dall'attuale) della vita della collettività?

Noi vediamo già ora che i figli nati dal popolo sono proporzionalmente più numerosi di quelli nati dalle categorie sociali superiori e medie, per modo che un'affluenza dei primi nel compimento delle funzioni spettanti a questi ultimi è un fatto ineluttabile ed, aggiungasi, provvidenziale che, lungi dal costituire un pericolo per la struttura sociale, politica, economica e scientifica di una nazione, equivale al benefico effetto di una trasfusione di sangue in un organismo esausto e altrimenti destinato a soccombere.

Ciò che è avvenuto per molte, per tutte le più vecchie aristocrazie e cioè l'esaurimento progressivo ma fatale, si verificherebbe per una nazione, per la quale solo gli elementi giovani, le energie fisiche e volitive del popolo, sono suscettibili di potenziamento e capaci di risolvere con visione lungimirante e priva da preconcetti anche le crisi più gravi della storia, di cui ne viviamo una non seconda ad altre precedenti.

Il Boldrini valendosi di dati statistici riferentisi alla popolazione inglese e italiana rileva che i militari provenienti dai ceti superiori e medi sono più alti e meno tarchiati di quelli appartenenti a categorie operaie e contadine. Oltre a ciò egli ha potuto constatare, su un ricco materiale, che tutte le aristocrazie italiane del sangue, del pensiero, degli affari, della politica, sono in media di statura più alta e che in esse i maschi della stessa età e della stessa regione di nascita, assicurati presso l'Istituto nazionale, sono di peso più alto.

Sono veramente interessanti i dati riferentisi all'alta nobiltà, che comprende i principi, i duchi, i cavalieri di Malta. Orbene la loro statura media di cm. 174,6 eccede di ben 8 cm. quella degli assicurati, mentre il loro peso medio di 70,5 chgr. difetta di oltre mezzo chgr. Se poi teniamo presente che l'alta statura, il biondismo e la corporatura sottile sono ritenute qualità regressive per la specie umana, vediamo che tali individui i quali socialmente costituiscono il fiore, raccolgono in sè tante qualità recessive che, sommandosi per la loro frequenza di matrimoni nei limiti ristretti della casta, non possono non condurre ad una inevitabile decadenza della progenie.

Per averne la prova basta sfogliare un almanacco di Gotha, nel quale non è oggi possibile rintracciare che eccezionalmente la persistenza di nomi della vecchia aristocrazia anche risalendo di pochi secoli nella storia delle vicende di un popolo.

E tutto ciò ad onta della possibilità da parte di questi individui di disporre di mezzi e mettere in atto prevenzioni rivolte a ridurre i pericoli della morte che falcia bensì nel campo dei poveri, ma nel preponderante numero viene a selezionare i più forti, i più resistenti, che alla prova delle avversità della vita sono temprati, lottano, resistono e vincono.

Non è senza significato biologico il fatto che l'efficenza fisica dei minatori inglesi e dei contadini (90) è maggiore di quella degli industriali ed è minima per certe professioni cittadine (65).

Le statistiche italiane desunte dai dati dell'Antropometria militare dei nati nel 1909 ci dicono che gli appartenenti alle categorie superiori e medie hanno il primo posto nei riguardi della revidibilità e sono al secondo posto per la forte percentuale di riformati.

Che dice tutto ciò? dice che le classi sociali che attualmente hanno funzione direttiva, agli effetti di una valutazione biologica presentano delle deficienze e talora sono in vera decadenza. Al contrario le classi del popolo attraverso

(1) Dalla conferenza tenuta dal prof. MARCELLO BOLDRINI, ordinario di statistica presso l'Università Cattolica di Milano, in sede del Circolo di cultura fascista di Trieste, nel febbraio 1934.

la selezione naturale ed il numero si vanno imponendo e fanno irresistibilmente sentire la loro pressione sulle categorie elevate di cui via via vanno occupando i posti di responsabilità.

Sarebbe frettoloso concludere da ciò che, almeno per quanto si può dedurre dal materiale statistico inglese e italiano, è bene da sperare per le generazioni future per il fatto che in esse avranno crescente prevalenza i figli degli elementi fisicamente più validi della generazione presente.

Ciò tuttavia vale colla limitazione della valutazione delle pure qualità animali dei gruppi umani. Solo nella ipotesi che rimangano presso a poco le stesse condizioni esterne, dalle quali prende valore ogni attributo biologico, è possibile affermare che una società avvenire (il cui tipo ed i cui bisogni ci sono affatto ignoti), non riceverà danno da ciò che la sua popolazione sarà formata in crescente misura dai figli degli odierni poveri ed in parte sempre più esigua da quelli delle attuali classi privilegiate.

Spingere lo sguardo fuori di questi limiti, è impossibile. Nessuno, oggi, potrebbe prevedere a che cosa il nostro indubbiamente vivido progresso sboccherà, alterando eventualmente tutte le valutazioni che possiamo fare in questo momento delle qualità umane. Nemmeno è possibile supporre quali miracoli, in benefizio della razza, potranno suscitare i nostri posteri da principii che già conosciamo, ma che interessano ancora quasi soltanto i gabinetti scientifici. Tali, per esempio, taluni ormoni e le radiazioni biologiche e cosmiche.

REVOLTELLA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

E. FORGUE. *Précis d'anésthésie chirurgicale.* Editore G. Doin, Parigi 1934. Volume di pag. 343 con 92 figure.

Sono molto lieto di presentare ai lettori de « Il Policlinico » il nuovo libro del Prof. Forgue già ben conosciuto ed apprezzato dai nostri medici per il suo Trattato di Patologia Chirurgica, che è stato tradotto in italiano e di cui sono state fatte tante edizioni.

Non solo lo studente ma anche il chirurgo esperto leggerà con molto interesse questo libro in cui in 340 pagine con stile piano ed efficace, con sapiente distribuzione delle parti e l'esposizione di conoscenze tecniche anche le più recenti in materia di anestesia, il Forgue riassume i risultati dei suoi cinquanta anni di esperienza, in cui egli ha profondamente studiato e messo in opera i varî metodi di anestesia, su ciascuno dei quali può quindi esprimere un giudizio personale saldamente basato. Forse in nessun campo della chirurgia troviamo oggi una tendenza più affannosa al perfezionamento: anestetici nuovi che vengono a soppiantare altri, nuove vie di introduzione, preparazione dei malati ecc., hanno fatto di questa parte così importante dell'atto chirurgico un problema forse ancora più complesso di quanto non lo sia già per sè stesso. Ed è per tali ragioni che raccomando vivamente la lettura di questo libro non solo a chi inizia la pratica di anestesia ma anche al chirurgo già provetto per guidarci nella scelta dei varî metodi ascoltando la critica serena e precisa dell'A., il quale non si limita ad esporre le nozioni comuni sui varî generi di anestesia, generale, rachidea e locale, ma porta il suo esame ed esprime il suo giudizio e precisa la tecnica e i risultati, anche dei tentativi più moderni, come sull'anestesia di base e sulla prenarcosi in rapporto all'uso degli anestetici generali, come per l'anestesia locale e regionale, coi varî metodi e colle varie sostanze, associate all'anestesia degli splancnici e a quella paravertebrale. Specialmente nel campo dell'anestesia rachidea, in cui il Forgue ha speciale competenza, espone chiaramente i recenti programmi e i metodi nuovi, come quello di Pitkin, la rachipercainizzazione, le anestesie epidurali ecc.

Il libro è una guida preziosa per gli studenti e per il chirurgo pratico, e anche per chi ha idee proprie, che in nessun campo come in quello dell'anestesia sono così nettamente individuali, sarà sempre un assai utile manuale di consultazione, da cui trarre notizie ed esperienze precise e chiare.

R. ALESSANDRI.

E. PHILIPP e G. SCHÄFER. *Metastasen u. Rezidiven im Knochen beim Genitalcarcinom der Frau.* Berlin, J. Springer, 1933. M. o. 9,60.

Ecco il sommario: Difficoltà delle diagnosi delle recidive e metastasi ossee: forme di diffusione, diretta, per i linfatici; per la via ematica, atipica; sintomatologia clinica e terapia; conclusioni nei riguardi delle terapie del cancro.

37 buone figure arricchiscono la trattazione del tema materiato su una ricca casistica personale. E che illustra con larghezza un angolo interessante del capitolo del cancro genitale femminile.

p. g.

R. G. BRUN et A. JAUBERT DE BEAUJEU. *Les Kystes Hydatiques intrathoraciques centraux et pariétaux.* Editions Médicales Norbert Maloine. Paris, 1933.

Gli AA. in un capitolo intitolato « Chirurgia » trattano dell'argomento sotto il punto di vista clinico per quanto riguarda la sede delle cisti idatidee, accennando brevissimamente alle indicazioni operatorie. In un secondo capitolo, altrettanto breve come il primo, di « Radiologia », illustrano la tecnica radiologica e i criteri di diagnostica radiologica. Fan-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

no seguire di poi una serie di 42 figure di immagini radiologiche di cisti idatidee del polmone, deducendone conclusioni dalle analisi radiografiche riferibili a 24 casi di cisti idatidee del polmone.

L'opuscolo in bellissima stampa con chiarissime figure brevemente contiene i criteri radiodiagnostici dei casi dagli AA. esaminati e curati. JURA.

J. POMEL. *La sténose hyperthrophique du pylore*. Vol. di pag. 108 con figure. Masson, Paris, 1934. Fr. 20.

La monografia, che fa parte della collezione di medicina e chirurgia pratiche, si pone lo scopo di apprendere al medico la maniera di porre una diagnosi precoce e precisa dell'affezione, condizione questa indispensabile per la esecuzione di un intervento operativo utile.

La descrizione chiara dei sintomi clinici e delle ricerche sussidiarie necessarie, specie di indole radiologica, permette in realtà al medico di giungere in tempo utile a tale diagnosi.

Anche l'esposizione della tecnica chirurgica, basata sull'esperienza di molti AA., apporta un sussidio di valore indiscutibile, rendendo la monografia veramente completa in ogni sua parte. M. FABERI.

H. MARTIUS. *Die Geburtshilflichen Operationen*. Vol. di pagg. 256, con 276 figure in parte a colori. Editore: Georg Thieme, Lipsia. M. o. 12,50.

Alla descrizione analitica dei vari processi operatori ostetrici, sono premessi a guisa di preparazione due nutriti capitoli: uno per i ricordi anatomici sul canale da parto considerato nelle sue parti molli ed ossee, l'altro per la ricapitolazione del meccanismo del parto nelle varie presentazioni: è una specie di innovazione in questi manuali di ostetricia operativa.

Seguono poi il forcipe, l'estrazione podalica, il rivolgimento, le embriotomie, svolti esaurientemente nella parte tecnica e nelle indicazioni. Un grosso capitolo riunisce poi le operazioni dilatanti il canale da parto e quelle riparabili delle lesioni: sinfisiotomia, episiotomia, lacerazioni genitali, del collo, dell'utero ecc.; metreurisi, dilatazione manuale del collo.

Largamente trattati i vari metodi di taglio cesareo.

Seguono poi capitoletti per il prolasso del cordone, per le procidenze degli arti, per la placenta previa, per il fecondamento manuale, per le emorragie post-partum; infine compare la cura dell'aborto, le provocazioni di aborto e la sterilizzazione tubarica.

Un buon indice analitico facilita le ricerche; ottime le figure; chiara la esposizione. Bellissima la presentazione editoriale.

Nell'insieme quindi un manuale didattico raccomandato al pubblico a cui si rivolge: gli studenti ed i medici pratici. *p. g.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 24 febbraio 1934.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

Anemia ipocromica con achilia.

Dott. S. SIGNORELLI. — L'O. ha potuto osservare un caso di anemia ipocromica con achilia in un soggetto di 55 anni di sesso maschile in cui si è avuta rapidamente la guarigione della forma anemica con la somministrazione di ferro ridotto in forti dosi. L'O. crede che in questi casi l'azione terapeutica del ferro debba considerarsi come stimolante sulla funzione eritropoietica del midollo anzichè come semplice terapia emoglobinopoietica sostitutiva, e segnala la grande importanza pratica che assume il diagnostico di questa rara forma morbosa di fronte agli effetti brillanti della terapia.

Rilievi su alcune modificazioni dinamiche e biochimiche da salasso.

Dott. R. MARTINETTI. — L'O. considera alcune modificazioni biochimiche (urea, glicemia ed equilibrio acidi-basi) e dinamiche (diuresi, pressione arteriosa) indotte dal salasso, confrontando i dati ottenuti nelle proprie esperienze con quelli di altre recenti osservazioni e dimostrando l'opportunità di ulteriori indagini atte a togliere definitivamente il salasso dall'empirismo.

Rachianestesia tutocaino-adrenalinica.

G. FINOCCHIARO AMANTIA e V. LOMBARDO. — Gli OO. riferiscono su circa 900 interventi chirurgici praticati nell'Istituto a cui essi appartengono con la rachianestesia tutocainica, illustrano i pregi e i difetti del metodo e concludono che esso presenta dei vantaggi che lo rendono preferibile agli altri.

Comportamento del zolfo negli ammalati di ulcera gastrica.

Dott. V. LOMBARDO. — L'O., in base ai suoi risultati, conclude che negli ammalati di ulcera gastrica in periodo attivo esiste sempre una marcata carenza di zolfo, rilevabile col dosaggio del metalloide nel sangue e nelle urine.

Contributo alla conoscenza delle localizzazioni oculari dello xeroderma pigmentoso.

Dott. L. TRISTAINO. — L'O. riporta un caso di xeroderma pigmentoso con lesioni oculari iniziali (congiuntiva bulbare-regione lombare).

Il reperto isto-patologico di un nodulo congiuntivale escisso, parla per una proliferazione papillosa tendente ad un aspetto cancroidosimile della congiuntiva bulbare.

Valore pratico e significato teorico della reazione d Henry nell'infezione malarica.

V. DI BENEDETTO. — L'O., avendo praticato la reazione di Henry su 135 sieri di ammalati vari, fra cui: 46 malarici, 10 neuropatici malarioterapizzati, 12 bambini affetti da kala-azar, 5 malati con disturbo del pigmento, 62 con malattie varie (e fra queste: 7 cirrotici e 5 con malattie del sangue e degli organi emopoietici), è portato a concludere che essa può essere di valido aiuto nella diagnosi della malaria ma che, nel suo determi-

nismo, la reazione stessa non è l'espressione di uno stato immunobiologico specifico, ma forse è dovuta a particolari stati fisico-chimici del siero in rapporto o meno con la genesi dei pigmenti endogeni. *Il Segretario*: G. DI MACCO.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta ordinaria dell'8 febbraio 1934.

Presidente: Prof. MERLETTI.

VIGNALI. — *Vantaggi del secondamento artificiale istrumentale.*

BUCCIARDI e TORBOLI. — *Reazione attuale e metodi di misura; Attività termodinamica e coefficente di attività; Potenziale d'ossido-riduzione e metodi di misura.*

Discussione: proff. TEGLIO e MERLETTI.

Comportamento comparativo delle curve glicemica e glicorachidea in seguito ad iniezioni di adrenalina in malati psichici. Singolarità del comportamento nei dementi precoci.

Dott. TELATIN. — Studiando comparativamente glicemia e glicorachia di fronte alla somministrazione di 1 mmg. di adrenalina in malati psichici diversi, servendosi del procedimento Folin-Wu, l'O. ritiene di aver trovato una curva glicorachidea ad andamento caratteristico della demenza precoce, consistente nel fatto seguente:

In tutti i malati studiati (encefalitici, maniaco, depressivi, frenastenici, luetici del sistema nervoso), fatta eccezione per i soli dementi precoci, l'O. ha ottenuto una curva glicorachidea ascendente più o meno rapida, più o meno continua.

Negli epilettici la curva è quasi costantemente ascendente e senza interruzioni.

Nei dementi precoci invece l'O. ha avuto un comportamento completamente antitetico e precisamente ha ottenuto una curva negativa; man mano che la glicemia aumentava, la glicorachia si abbassava: ed il valore più basso si otteneva proprio nel momento in cui la glicemia raggiungeva il vertice più alto. Da questo momento poi la glicorachia aumentava lentamente fino a sorpassare il tasso che si aveva all'inizio della prova.

Discussione: BOSCHI, BUCCIARDI, LAMBERTINI ed ORTOLANI.

Ipotesi sulla patogenesi di una emorragia cerebrale.

DE RUBEIS. — L'O. espone il caso di un giovane apparentemente robusto e sano che morì in poche ore con fenomeni di emorragia cerebrale diffusa. Unico fenomeno di localizzazione una midriasi sinistra fugace senza deviazione coniugata dei bulbi oculari nè strabismo nè movimenti convulsi che fa dubitare che l'emorragia provenisse dall'arteria *cerebri anterior*.

Dalla tara famigliare del malato si potrebbe supporre che esistesse una localizzazione assai circoscritta tubercolare della pia meninge, che aveva decorso fino allora latente e che possa aver prodotto una erosione di questa arteria.

Discussione: TAMBRONI.

PIAZZOLLA BELLOCCH. — *Alcune applicazioni del metodo del ripiegamento della carta di Sundara-Row.*

Ricerche sulla barriera emato-liquoriale in rapporto alla somministrazione di acetilcolina.

CAMPAILLA. — L'O. espone un primo gruppo di una serie di esperienze in corso, una di esse riguarderà in particolare la barriera emato-encefalica propriamente detta; un'altra la liquor-encefalica; un'altra di cui il presente riassunto, la barriera emato-liquorale. In ognuno di questi lavori l'O. si propone di ricercare il comportamento delle rispettive barriere di fronte ad un vaso dilatatore quale l'acetilcolina.

Partendo dal concetto sostenuto da vari AA. che il substrato anatomico della barriera fra sangue e liquor sia rappresentato dai vari pressulari e meningei in genere, l'O. ha cercato di portare ivi una vasodilatazione a mezzo di una arteriolo dilatatore, l'acetilcolina, e studiare l'influenza esercitata dalla vaso-dilatazione sul passaggio di sostanze che normalmente non attraversano la barriera emato-liquorale.

A tale scopo si è fatto uso del metodo cromoneuroscopico alla fucsina acida di Flatau.

In alcuni casi furono iniettati per via endomuscolare 10 ctgr. di acecoline; mezz'ora dopo furono iniettati 5 cmc. di fucsina acida al 5 %, per via endovenosa e dopo un'ora fu praticata la rachicentesi. La reazione con l'ac. cloridrico in alcool a 95° non mostrò alcuna colorizzazione (reazione negativa). In un altro gruppo furono iniettati 20 ctgr. di acecolina e in un terzo 30 ctgr.: il risultato fu costantemente negativo per il passaggio della fucsina nel liquor. In un ultimo gruppo furono iniettati 10 ctgr. di acecolina quotidianamente per 12 giorni: anche qui la cromoneuroscopia non mostrò alcun passaggio.

TONINI. — *Il fenomeno d'ostacolo del dosaggio nelle urine dopo la fatica sportiva.*

Discussione: BUCCIARDI, MINERBI e TAMBRONI.

Il Segretario: A. VIGNALI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le complicazioni cardiache della scarlattina.

K. Stolte (*Medizin Klinik*, 5 genn. 1934) ne distingue tre forme:

1) *Il cuore da scarlattina.* È la forma più benigna, caratterizzata da bradicardia, da lieve dilatazione cardiaca, specialmente verso sinistra, da smorzamento dei toni, da rumore sistolico e da rinforzo del secondo tono polmonare. Tali fenomeni si hanno soltanto nei bambini che all'inizio, a causa della febbre, della mancanza di appetito, del vomito, hanno subìto notevole diminuzione di peso. Si manifestano all'8°-10° giorno e si differenziano da quelli della vera endocardite per il fatto che un leggero sforzo (alzare le gambe), per aumento della resistenza periferica (compressione addominale dell'aorta), per stimoli dolorosi (faradizzazione), il rumore scompare. La mancanza di febbre facilita la diagnosi.

2) *Le forme reumatoidi di endo- o pericardite* si riconoscono facilmente se vi si accompagnano dei fenomeni articolari (dolori, tensione, difficoltà di movimento). La frequenza di tali complicazioni varia secondo il « genio epidemico » ed ultimamente l'A. ne osservò tre casi. Come sintoma differenziale per questa forma, l'A. cita una notevole umidità della pelle, manifestantesi anche in parti scoperte (collo, torace). Tale segno avrebbe molta importanza per la distinzione dalla forma seguente.

3) *L'endocardite maligna,* caratterizzata dalla gravità del quadro morboso, alta febbre, dispnea, brividi e metastasi.

Le tre forme comportano una terapia diversa. Nella prima, basterà alimentare bene il malato e raramente vi sarà bisogno di dare della digitale od altri cardiotonici, fra cui l'A. ha molta fiducia nella stricnina. Nella forma reumatica che, spesso, sul principio appare benigna, sarà necessaria un'energica cura salicilica. Nella forma di endocardite maligna, si ricorrerà al siero streptococcico, alla tripaflavina ed alle iniezioni endovenose di sangue. *fil.*

L'associazione zucchero-insulina nel trattamento delle cardiopatie.

N. Kisthinios (*Le traitement des cardiop. par l'ass. sucre-insuline*, Baillière, 1934) somministra il glucosio in forma di sciroppo di zucchero saturo, alla dose di 80 grammi al giorno, in una sola volta, di preferenza a digiuno. Dopo 20 minuti, iniezione di 4 unità di insulina.

Durante il trattamento, i malati sono sottoposti al regime latteo-vegetariano e declorurato; soltanto in due casi, l'A. ha prescritto il regime latteo puro.

Il trattamento dura, di regola, 8-10 giorni.

La dose d'insulina può variare da 4 a 10 unità; in qualche caso, può convenire raddoppiare la dose di zucchero, come d'insulina; in tal caso, la si somministra in due volte.

La terapia si mostra efficace in molti casi di insufficienza cardiaca ribelle ai consueti rimedi cardiotonici; nell'asistolia, la miocardite cronica, nell'insufficienza cardiaca, in quella di origine basedowiana ed in quella degli individui con polso alternante. Gli effetti sono dubbi nelle aritmie, mentre la terapia è del tutto inefficace nelle cardiopatie acute ed in quelle con lesioni epatiche croniche.

In qualche caso il metodo si mostra inattivo. Ad ogni modo esso non va sostituito ai comuni cardiotonici ma collocato accanto ad essi. *fil.*

Essenza e trattamento degli stati di collasso.

Al collasso vanno ascritti quasi tutti quei quadri morbosi in cui il sistema venoso è incapace di riportare al cuore una quantità sufficiente di sangue ed in cui è deficiente il circolo periferico. A questo stato di cose, l'organismo tenta di mettere riparo: 1) con la regolarizzazione vasale riflessa per cui vengono di preferenza riforniti di sangue gli organi d'importanza vitale; 2) con la circolazione, nei vasi scarsi di sangue, di liquido povero di albumina; 3) con il richiamo di sangue dai depositi (impicciolimento della milza durante il collasso nei pazienti con tumore di tale organo).

Lo svuotamento delle vene è un segno incontrovertibile di collasso e costituisce anche un'indicazione per la terapia. Per questa, si hanno a disposizione: 1) mezzi che influiscono sul centro vaso-costrittore; 2) mezzi ad azione periferica, che richiamano il sangue dai depositi e lo rimettono in circolazione; 3) mezzi destinati ad aumentare la quantità di sangue circolante.

Secondo H. Eppinger (*Viener klin. Wochens.*, 1934, n. 2), il migliore eccitante vasomotore è l'anidride carbonica, che agisce sulle vene cutanee e soprattutto portali, eccitando il sistema vasomotore. La si somministra come miscela col 10 % di acido carbonico e 50 % di ossigeno; analoghi risultati si hanno con la mescolanza di acido carbonico ed aria, il che dimostra che esso è la parte attiva. La circolazione viene presto riattivata, il polso si fa più forte ed aumenta la pressione.

Nel collasso peptonico, manca tale azione dell'acido carbonico e così pure quando il collasso dipende da un narcotico.

Troppo raramente si dà, nel collasso, la stricnina, che l'A. somministra a dosi di mezzo ad un milligrammo anche in ragazzi dai 10

ai 14 anni. Essa va usata particolarmente nelle infezioni, come tifoide, polmonite, scarlattina; agisce però soltanto nei casi in cui è lesa la funzione vasomotoria. Analogamente, ma in modo più blando agiscono il cardiazol e la canfora. Anche la caffeina ha azione centrale, mentre l'adrenalina la possiede periferica, che però svanisce rapidamente per dar luogo poi ad una controreazione, sicchè la pressione si abbassa nuovamente. Azione più lunga l'hanno certi surrogati dell'adrenalina.

Meno soddisfacente è la trasfusione di sangue, perchè questo va presto a finire nei depositi.

Azione favorevole sulla quantità di sangue circolante la possiede l'applicazione del caldo: impacchi caldi, termoforo, lampade ad incandescenza. Analogo effetto si ottiene con la fasciatura dell'addome o l'applicazione su questo di pesanti cuscini di sabbia. Nei casi cronici, sono consigliati lo sport e la ginnastica.

fil.

La cura dell'accesso di tachicardia parossistica.

C. Papp (*Soc. lombarda di Medicina*, 23 febbraio 1934) consiglia di tentare anzitutto la compressione dei bulbi oculari che egli pratica sotto controllo elettrocardiografico. La compressione deve essere fatta con una certa forza, schiacciando i bulbi dal basso in alto, dall'esterno all'interno, ascoltando contemporaneamente il cuore. La manovra, se fatta con la tecnica appropriata e con la forza opportuna, è dolorosa, ma riesce nel 30 % dei casi. In qualche raro caso, di altri AA., tale manovra ha determinato arresto del cuore durato più di un minuto, seguito da uno stato sincopale durato un paio d'ore.

Se l'accesso è refrattario alla compressione, si mette il paziente a letto e si pratica un'iniezione endomuscolare di uabaina (½ mg.), che non determina disturbi di sorta, tranne una lieve dolenzia locale manifestantesi un'ora dopo l'iniezione.

Il metodo è riuscito in tutti gli otto casi in cui è stato sperimentato; in alcuni di essi, gli accessi duravano da sei giorni. *fil.*

La prevenzione e la cura degli attacchi individuali di angina pectoris.

W. Evans e Clifford Hoyle (*The Quarterly Journ. of Medec.*, gennaio 1934), dopo aver constatato che di 16 sostanze usate nessuna era capace di ridurre la severità o la frequenza degli attacchi, avevano proposto, in un precedente lavoro, di usare più ampiamente i vasodilatatori.

Essi hanno voluto studiare il valore comparativo di questi rimedi.

La trinitrina è da molti AA. consigliata non solo per curare gli attacchi, ma anche per prevenirli. Usata in 122 pazienti, si ebbe notevole sollievo nell'86 % dei casi, sollievo moderato nell'11 % e nessun miglioramento nel 4 %. Per quanto riguarda la prevenzione dell'attacco (fu data trinitrina prima che il p. si mettesse a camminare nei casi di angina da sforzo), su 72 pazienti 61 ne ebbero beneficio grande (84,5 %), mentre 9 (12,5 %) ne ebbero beneficio modico e solo 2 (3 %) non ebbero alcun beneficio.

L'uso profilattico può essere prolungato anche per anni senza effetti dannosi.

In 17 ammalati fu provato l'uso di piccolissime dosi di trinitrina ogni ora, a scopo profilattico; 10 ne ebbero beneficio notevole.

Con buoni risultati fu adoperata anche la trinitrina in soluzione alcoolica all'uno per cento; risultati meno buoni si ebbe da soluzione oleosa di trinitrina.

Colle compresse di Natirose (Nativelle) non si ebbe azione profilattica notevole; gli stessi risultati si ebbero colle pillole intralinguali di Pohl, mentre più efficaci furono le pillole di trinitrina caffeinata di Dubois.

Il *nitrito di amile* è stato ripetutamente provato da 63 malati durante l'attacco; 27 (43 %) ne ebbero grande giovamento, 23 (36,5 %) giovamento modico, 10 (16 %) nessun giovamento e 3 (4,5 %) peggioramento. Solo 4 (6,5 %) dimostrarono averne beneficio nell'uso profilattico.

Il *nitrito di sodio* usato in 29 pazienti durante l'attacco diede buoni risultati in 8 (27,5 %), discreti in 13 (45 %), nessuno in 7 (24 %) e peggioramento in 1. L'azione profilattica fu molto efficace nel 36,5 % dei casi, moderatamente efficace nel 20 %, nulla nel 43,5 %.

L'uso di alcool sotto forma di *brandy* ha dato, durante l'attacco, buoni risultati nel 19 % dei casi, modesti nel 31 %, nessuno nel 44 % e peggioramento nel 6 %. La sua azione profilattica fu constatata solo nel 9 % dei casi, mentre nel 91 % fu nulla.

L'uso del *cloroformio* diede buoni risultati, nella cura dell'attacco, nel 31 % dei casi, mediocri nel 38 %, medii nel 25 % e dannosi nel 6 per cento.

L'uso di *carminativi* ha dato ottimi risultati nel 25 % dei casi, discreti nel 25 %, nulli nel 50 %. Scarsa azione profilattica fu osservata una volta sola.

Per prevenire l'attacco notturno è utile fare un pasto serale moderato e prendere un ipnotico (cloralio, luminal, veronal, ecc.).

R. LUSENA.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Il trattamento delle infezioni con le iniezioni endovenose di carbone animale.

Coghlin del Collegio di Macdonald propose questo metodo poco tempo fa in una riunione di chirurgi e riferì di aver trattato con le iniezioni endovenose di una sospensione al 2 % di carbone animale ben 738 casi di varie in-

fezioni in animali, con consecutiva rapida guarigione.

Anche ad un uomo sofferente di foruncolosi da diciotto mesi, egli aveva fatto una iniezione di carbone che lo liberò definitivamente dalla malattia.

Saint-Jacques (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 30 gennaio 1934) ha ripreso per conto proprio le esperienze sull'uomo iniettando prima un centimetro cubo della sospensione madre e aumentando poi fino a tre e quattro centimetri cubici.

Finora i malati da lui così trattati sono stati cento con un complessivo di oltre 200 endovenose. Essi erano affetti da infezioni le più svariate: metrosalpingiti acute e croniche, infezioni puerperali, flebiti, polmonite; colecistiti acute, foruncolosi, reumatismo articolare acuto, epididimiti acute ecc. ecc.

Di questi cento malati, cinquanta guarirono rapidamente e senza complicazioni; trenta guarirono pure, ma in essi la caduta della temperatura si fece gradualmente e la convalescenza fu raccorciata; diciannove ebbero bisogno di ulteriori cure; uno affetto da tubercoloma dell'intestino, morì.

Di fronte a questi risultati l'A. si dimostra entusiasta di questo nuovo metodo di terapia ed invita i colleghi tutti a provarlo perchè oltre ad essere veramente efficace è anche innocuo ed assolutamente indolore.

VICENTINI.

SEMEIOTICA.

Sul valore di un particolare metodo percussorio (la percussione cosidetta "trafiggente„ secondo Pende) per il rilievo d'iperplasie timiche.

I sintomi fisici non sempre consentono di mettere in evidenza con sicurezza l'ingrandimento patologico del timo,

L'ispezione di rado dimostra una sporgenza del manubrio dello sterno e delle inserzioni sternali delle due prime coste. Solo nei casi d' iperplasia notevole, il timo è palpabile nel giugulo, come una massa molle rotondeggiante. Poco probativi sono i risultati della percussione in quanto che l'ottusità timica non sempre si distingue facilmente da quella prodotta o simulata da altre cause e specialmente dalle tumefazioni delle ghiandole peribronchiali.

Incerti sono i rilievi desumibili dalla ascoltazione, come il soffio laringo-tracheale, il cornage, il rinforzo dei toni cardiaci, ecc.

Anche la diagnostica radiologica presenta una lacuna per quello che riguarda il timo.

Pende, per rilevare l'ottusità timica, percuote con discreta intensità sulla punta dell'indice della mano sinistra con il dito medio della destra esteso e rigido, come se volesse trafiggere il torace, partendo dal suono chiaro polmonare e procedendo a raggi verso lo stesso.

F. Landogna Cassone (*La Riforma Medica*, 17 febbraio 1934) ha applicato questo metodo di percussione in tutti i casi di ipertimismo capitati alla sua osservazione. Egli ha constatato che nei bambini con attributi di bellezza angelica che presentano epistassi recidivanti e attacchi dispnoici con cianosi e rumore tracheale, come pure nei fanciulli con abito linfatico, la « percussione trafiggente » permette di rilevare l'ingrossamento del timo, meglio di quello che non faccia l'indagine radiologica. L'esame del sangue dei pazienti ha confermato la diagnosi di ipertimismo.

VICENTINI.

MEDICINA SOCIALE.

Dermatosi professionali: eczema da cemento.

Tra gli eczemi professionali sono degni di 1934) ha osservato in circa cinque anni una certa frequenza nelle persone addette a lavori con cementi.

G. Murero (*La Riforma Medica*, 3 marzo 1934) ho osservato in circa cinque anni una ventina di casi di eczema da cemento in operai che avevano lavorato in Francia ed in America del Nord, forme queste particolarmente intense e resistenti ai medicamenti a causa di certe sostanze contenute in alta percentuale nei cementi a rapida presa in uso in quelle regioni.

L'aspetto della dermatosi è caratterizzato da estese zone di colorito rosso-bruno, con vescicole e croste siero-ematiche, sopratutto alla regione dorsale della mano e al polso. Si notano lesioni ragadiformi ai polpastrelli e le unghie sono striate, molto friabili e tendenti a cadere.

Le lesioni invece prodotte dai nostri cementi sono più lievi: rossore modico, prurito non molto intenso, scarsa formazione di croste e di vescicole, quasi assenti le localizzazioni alle unghie.

Il prodotto da imputarsi è l'ossido di calcio che a contatto con l'acqua si trasforma in idrato di calcio; questa sostanza nei cementi usati in Francia e in America è contenuta in una percentuale molto più alta che nei nostrani.

L'A. a conferma di questa sua ipotesi ha sperimentato su tre pazienti, la applicazione di pasta di cemento semplice e composta con l'80 per cento di ossido di calcio, ottenendo i seguenti risultati: con la pasta semplice dopo tre ore di applicazione nessun risentimento, con l'altra, dopo un'ora arrossamento, prurito e comparsa di vescicole.

VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Influenza della sezione del nervo erigente di Eckard sulla motilità della vescica e del colon.

R. Fontaine e M. Bérard (*La Presse Méd.*, n. 5, 1934) ripetono nel cane le esperienze di Adamson e Aird, che hanno ottenuto il megacolon nei gatti, con semplice sezione del nervo erigente d'Eckard. Ricordano intanto come, avendo esperienze più antiche di Rochet e Letarjet dimostrato che la sezione del

medesimo nervo erigente causa paralisi vescicali definitive, si può concludere che il nervo d'Eckard porta le principali fibre motrici del colon pelvico e della vescica.

La fisiologia intanto ci dice che il n. erettore innerva la tunica muscolare longitudinale della vescica e che la sua eccitazione elettrica provoca contrazione del detrusore e rilasciamento dello sfintere, così come è seguita da contrazioni peristaltiche energiche del colon pelvico con rilasciamento degli sfinteri bassi. Queste fibre parasimpatiche hanno quindi azione inversa delle fibre simpatiche provenienti dal plesso ipogastrico superiore, la cui eccitazione porta ad aumento del tono sfinterico con rilasciamento del detrusore, nella vescica, e ad arresto della peristalsi con spasmo sfinterico energico, nel colon pelvico. In contrasto con la fisiologia, la clinica rileva che numerose operazioni demolitive sul simpatico lombare e sul plesso ipogastrico superiore, non sono state mai seguite da turbe motorie rilevabili a carico della vescica e del colon sinistro (Leriche).

Premettere qualche ricordo anatomico sull'innervazione estrinseca del colon e della vescica, è cosa utile. Essa risulta:

1) da filuzzi simpatici originati dal plesso ipogastrico sup. (nervo presacrale di Latarjet e Bonnet) ed accessoriamente da filuzzi provenienti dalle due catene simpatiche lombari, dagli inglesi chiamati « ultimi nervi splancnici »;

2) filuzzi parasimpatici provenienti dalle radici S_2, S_4, e principalmente dalla S_3, a cui Eckard ha dato il nome di « *nervo erigente* » e che molti anatomici chiamano « *splancnico pelvico* ».

Queste fibre simpatiche e parasimpatiche si riuniscono in basso in un ganglio unico, il ganglio ipogastrico, i cui rami efferenti saranno dunque misti, simpatici e parasimpatici e si portano direttamente nel colon pelvico, retto, vescica. Per interrompere separatamente le fibre simpatiche o parasimpatiche, occorre andare al di sopra del ganglio ipogastrico.

Ciò premesso, gli AA. hanno nel cane praticato la neurotomia del nervo di Eckard: l'animale ha presentato i primi giorni una costipazione ed una incontinenza passeggera, e dopo molte settimane non fu *mai trovata distensione colica*.

Risultati dunque opposti a quelli di Adamson e Aird. Forse perchè diverso è stato l'animale d'esperimento?

Mentre dunque le esperienze positive di Adamson e Aird stanno a favore della teoria neurogena per la patogenesi del megacolon, che vede in una turba dell'innervazione parasimpatica la causa sola del male, le esperienze degli AA. stanno contro ad una teoria così semplicista, sebbene in clinica si sono *già più volte avuti buoni risultati nel megacolon, con semplici operazioni demolitive sul simpatico lombare.* R. GRASSO.

VARIA

L'influenza della luna sulla salute?

In questi tempi di ritorni astrologici, anche la luna, di cui i meteorologi escludono l'influenza sul tempo atmosferico, riacquista importanza. In una comunicazione alla Società di patologia comparata (13 febbraio 1934) E. Budai ha riportato l'osservazione di due ragazzine, che presentavano dei disturbi più o meno gravi, due giorni prima della luna nuova. Una di esse, giunta alla pubertà presenta un tipo mestruale che si adatta regolarmente alle fasi lunari, che presiedevano un tempo agli altri disturbi patologici.

La fase della luna piena, invece, avrebbe influenza sullo sviluppo delle malattie infettive; paraplegia infettiva dei cavalli, encefalite epidemica dell'uomo, esplosioni della poliomielite, come pure l'inizio delle polmoniti lobari, della meningite bacillare, dell'eritema nodoso, ecc.

Le sigizie lunari (plenilunio e novilunio) rappresenterebbero, quindi, dei periodi biocritici, che si estendono per lo spazio di cinque giorni. Ma i giorni più temibili, specialmente per la patologia infantile, sarebbero i due giorni precedenti il plenilunio ed i due seguenti il novilunio.

La luna non sarebbe, quindi, un astro morto e privo di ogni radiazione; ma, in merito alla nozione della gravitazione, essa avrebbe influenza sui fenomeni geofisici di ordine non soltanto meccanico, ma anche elettromagnetico e biologico. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. D'A. ESTAPÉ. *Hipertensió essencial.* — Tip. Occitania, Barcelona, 1933.

N. D'AGOSTINO. *Il dimagramento durante il trattamento collassoterapico.* — Tip. Campi, Foligno, 1933.

G. COHN. *Nuovo contributo alle ricerche sullo strato intermedio fra eritrociti e plasma nel sangue citratato e centrifugato.* — Tip. Minerva 1933, Torino.

G. COHN. *L'importanza dello strato intermedio fra eritrociti e plasma nel sangue citratato e centrifugato.* — Tip. Minerva, Torino, 1933.

S. CORINALDESI. *La reviviscenza.* — Tip. L. Proja, Roma, 1933.

R. VACCAREZZA, D. VIVOLI e J. PERONCINI. *Lesiones renales en el tetanos.* — Semana Medica, Buenos Aires, 1933.

DE PAULIS. *Curiosità bibliche. A proposito di due parti gemellari ricordati nella Genesi.* — L. Pozzi, Roma, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Le nuove disposizioni per la disciplina degli impianti di radiologia e di radiumterapia.

Le principali provvidenze legislative in materia di acque minerali, di stabilimenti termali, idroterapici, di cure fisiche ed affini, sono contenute nella legge 16 luglio 1916, n. 947, e nel relativo regolamento 28 settembre 1919, n. 1924 (1); ma esse risultano ormai insufficienti ed incomplete nei riguardi degli istituti di radiologia e radiumterapia.

Questa branca della medicina infatti, negli ultimi anni, ha progredito così rapidamente da assumere la fisonomia di una vera e propria specialità a sè, la quale richiede una particolare competenza nei sanitari che vi si dedicano. Il riconoscimento e la garanzia di tale competenza, non solo sono stati invocati dagli stessi professionisti radiologi, ma sono necessari per la tutela sanitaria del pubblico in quanto le applicazioni terapeutiche delle varie forme di energia radiante, affidate a mani inesperte, possono riuscire, nonchè inefficaci, perfino dannose.

A questa doverosa tutela provvede la recente legge 29 gennaio 1934, n. 138, sulla *disciplina degli impianti di radiologia e di radiumterapia*, pubblicata sulla « Gazzetta Ufficiale » del 17 febbraio 1934, n. 40; che è opportuno sia conosciuta, nelle sue norme fondamentali, da tutti i medici.

La legge non solo conferma l'obbligo dell'autorizzazione prefettizia (già stabilito dalla citata legge 16 luglio 1916) per l'apertura e l'esercizio di gabinetti medici ed ambulatori in genere, dove si applica, anche saltuariamente, la radio e la radiumterapia, ma prescrive la denunzia alla stessa autorità del possesso di apparecchi radiologici, anche usati a scopo diverso da quello terapeutico.

La legge 3 dicembre 1922, n. 1636 (provvedimenti per la ricerca e utilizzazione delle sostanze radioattive) sanciva l'obbligo della denunzia per parte dei possessori di sostanze e di preparati radioattivi e il divieto dell'uso di sostanze radioattive a scopo terapeutico senza la prescrizione o senza il controllo di un medico o chirurgo. La nuova legge aggiunge che si deve ottenere l'autorizzazione del prefetto per la detenzione di sostanze radioattive da cedersi, a qualsiasi titolo, anche in temporaneo uso, ad enti o privati.

Le suddette autorizzazioni prefettizie sono subordinate al pagamento di una tassa di lire duecento. Inoltre i titolari dei gabinetti medici autorizzati sono soggetti anche ad una tassa annua d'ispezione, che è fissata in lire cento per un apparecchio di tensione inferiore a 100.000 volta ed in lire duecento se la tensione è uguale o superiore a detta cifra. Se nel gabinetto esistono due o più apparecchi è dovuta l'intera tassa per il primo e la metà per ciascuno degli altri.

Non sono soggetti a tasse gli enti che abbiano scopi di beneficenza, di assistenza sociale e gli istituti scientifici.

Una norma di grande importanza, in quanto garantisce la competenza dei medici dei gabinetti radiologici, è costituita dal divieto dell'impiego dei raggi Röntgen o del radio, a scopo terapeutico, ai sanitari che non siano provvisti del diploma di specializzazione in materia o non abbiano ottenuto il riconoscimento della qualifica di specialista ai sensi dei R.R. decreti 29 agosto 1929, n. 1823, e 15 maggio 1930, n. 861. Tale divieto non si applica alle cliniche universitarie od agli istituti per la cura del cancro dipendenti dallo Stato o riconosciuti giuridicamente. Sono autorizzati all'impiego sopraindicato, anche senza essere in possesso della qualifica di specialista, i medici che abbiano esercitato ininterrottamente la radiologia per un periodo non inferiore a cinque anni, alla data dell'entrata in vigore della legge.

È fatto obbligo ai fabbricanti e rivenditori di apparecchi radiologici di tener nota degli apparecchi venduti e di notificare al prefetto il nome e il domicilio degli acquirenti.

La legge stabilisce le penalità per i contravventori (ammende varie da L. 200 a L. 1000) e prevede appositi stanziamenti di bilancio così per l'aumento di due posti nel ruolo del personale del Laboratorio di fisica della Direzione generale della Sanità pubblica, come per le spese per le ispezioni agli istituti ed ambulatori radiologici e radiumterapici. Sarà in tal modo reso possibile esercitare una rigorosa vigilanza tecnica, che assicuri l'osservanza delle nuove disposizioni a tutela di quei malati che abbisognano di trattamenti radio e radiumterapici.

Un regolamento dovrà coordinare le norme per l'esecuzione della legge con quelle vigenti per gli stabilimenti di cure fisiche e affini in genere, e fisserà il termine entro il quale la legge stessa entrerà in vigore.

A. FRANCHETTI.

(1) v. Il Policlinico, n. 32 del 10 agosto 1931.

Profilassi delle malattie veneree. - Assistenza alle madri ed ai bambini.

Mentre andiamo in macchina, ci perviene su questo argomento una importante circolare del Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) a firma di S. E. Mussolini, diramata ai Sigg. Prefetti e alle Autorità assimilate; ci riserviamo di riportarla largamente nel prossimo numero.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACI S. ANTONIO (*Catania*). — Scad. 20 maggio; per Valverde; L. 8000 oltre L. 1000 disagiata resid.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

AMATRICE (*Rieti*). *Ospedale « Francesco Grifoni »*. Scad. 10 mag.; direttore medico chirurgo; lire 18.500 al lordo del 12 %; compartecipaz. 40 %; 6 anni di laurea; età limite 40 a. al 2 marzo. Chiedere avviso.

BIELLA (*Vercelli*). — È aperto, presso l'Ospedale degli Infermi di Biella, il concorso per il posto di Primario Ostetrico della Sezione Maternità. Scadenza il 30 aprile 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale summenzionato.

BOSA (*Nuoro*). — Scad. 28 apr.; L. 8500 e 5 quadrienni oltre L. 840 c.-v.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

CAMPOFORMIDO (*Udine*). — Scad. 31 mag.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 1000 trasp.; riduz. 12 %.

CANINO (*Viterbo*). — Scad. 15 mag.; 2ª cond.; L. 8360 e 5 quadrienni dec., senza riduz.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

CARPINETO SINELLO (*Chieti*). — Scad. 5 maggio; L. 9000 e 4 quadrienni ventesimo, addizionale L. 5 ogni povero oltre i 500, L. 300 rimborso spese gite alle frazioni, L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'8 marzo; età lim. 40 a.

CASTELNUOVO NIGRA (*Aosta*). — Scad. 16 mag.; con Castellamonte; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1800 motocicletta o L. 3500 automob.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

CEPRANO (*Frosinone*). — Concorso, per titoli, al posto di medico chirurgo condotto. Lo stipendio assegnato a detto posto è di L. 8500 lorde della riduzione del 12 % e delle ritenute per tassa di Ricch. Mob., Cassa Prev. Sanitari, I.N.I.E.L. e Collegio-Convitto di Perugia, con l'aumento di un decimo per ogni quadriennio e per cinque quadrienni consecutivi, a decorrere dalla conseguita stabilità. Indennità caro-viveri nella stessa misura e per il medesimo tempo concessa agli altri impiegati comunali. La domanda, in carta da bollo da L. 3, dovrà pervenire entro il 30 aprile 1934-XII alla Segreteria Comunale di Ceprano, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità, possono desumersi dall'avviso di concorso da richiedersi alla Segreteria summenzionata.

FAVIGNANA (*Trapani*). — Il podestà informa che la scadenza del concorso al posto di Medico Condotto di Favignana e della Frazione Levanzo, già fissata per il 6 marzo 1934, è stata prorogata al 6 giugno 1934. Stipendio annuo L. 8500 al lordo della riduzione del 12 % e delle ritenute di legge. La domanda, in carta da bollo di L. 3, dovrà pervenire non più tardi delle ore diciotto del su precisato giorno, accompagnata dai prescritti dieci documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità, possono desumersi dal bando di concorso alla Segreteria Comunale di Favignana che, a richiesta, ne invia copia.

FERRARA. *Ospedale Provinciale Psichiatrico*. — Scad. 14 apr.; medico primario e due medici di Sezione; stipendi L. 11.200 e L. 10.200, oltre L. 800 e L. 500 indenn. carica, L. 1500 serv. att., 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. Rivolgersi Segreteria Generale dell'Amministraz. Provinc.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale di Capitanata*. — Il Segretario generale con nota del 14 marzo 1934 comunica che, in esecuzione della deliberazione presidenziale 2 febbraio 1934-XII resa esecutoria con visto prefettizio del 28 febbraio c. a. N. 6503, il termine per la presentazione delle domande e dei documenti al concorso bandito il 5 dicembre 1933-XII per un posto di Coadiutore e per un posto di Assistente presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi è stato prorogato fino alle ore dodici del 31 maggio 1934-XII. Circa i limiti di età richiesti per poter partecipare al detto concorso trova anche applicazione il R. D. L. 23-3-1933, N. 227, avente per oggetto l'elevazione dei limiti di età, per l'ammissione agli impieghi, a favore di tutti coloro che risultano iscritti al P. N. F. anteriormente al 28 ottobre 1922.

FORLÌ. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Posto di Medico Direttore della Sezione Dispensariale di Cesena. Scadenza ore diciasette del 30 aprile 1934-XII. Stipendio annuo L. 5500. Supplemento di servizio attivo L. 500. Riduzione del 12 % e ritenute come per legge. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Domanda, documenti di rito, diploma e prove di esami, come al bando di concorso, da richiedersi alla Segreteria del Consorzio. Tassa di concorso L. 50,10. A parità di merito, preferenze e precedenze come per legge agli aventi diritto. Durata della nomina un quinquennio con tacito rinnovo, come al regolamento e capitolato, ostensibili nella Segreteria del Consorzio.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Scad. 3 maggio, ore 15; specialista in otorinolaringoiatria; titoli; L. 6000 al lordo del 12 %; nom. quinquennale e conferme triennali fino a 60 a.; laurea da 6 anni; doc. a 3 mesi dal 3 marzo; tassa L. 50. Aiuto allo specialista predetto; titoli ed esami; L. 5000; nom. e conferme triennali; età lim. 45 a.; laurea da 4 anni; altre condizioni come sopra. Chiedere avvisi. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale di S. Martino).

INZAGO (*Milano*). — Scad. 45 giorni dal 13 marzo; 1ª condotta; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 trasp., L. 1150 se uff. san.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 13 marzo.

ISOLA DEL LIRI (*Frosinone*). — Scad. 14 apr.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2400 cavalc.; riduz. 12 %; età limite 36 a.; tassa L. 25.

MASINO (*Aosta*). — Scad. 30 mag.; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 840 c.-v., L. 1800 motocicletta o L. 3500 automob., L. 800 se uff. san.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

MAZZARINO (*Caltanissetta*). *Congregazione di Carità*. — Concorso per Chirurgo-Direttore dell'Ospedale Civile « S. Stefano » con lo stipendio di lire 14.000, indennità di carica di L. 2000, diritto del 50 % sulle operazioni chirurgiche a pagamento, cinque aumenti quadriennali del decimo del solo stipendio. Scadenza del concorso entro due mesi dalla data del presente avviso, che è del 20 marzo 1934-XII. Per maggiori schiarimenti rivolgersi presso la Segreteria della detta Congregazione di Carità.

MELILLI. — (Vedere SIRACUSA).

MELITO DI PORTO SALVO (*Reggio Calabria*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cav.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

MESTRE. — (Vedi VENEZIA).

MILANO. *Pio Istituto di Santa Corona.* — Scad. 5 mag.; un posto di primario medico ed uno di assistente degli Ospedali Eliochirurgici ed Eliomedici in Pietraligure. Titoli ed esami. Rivolgersi Segreteria, via Cesare Correnti 13, Milano.

MODENA. *Municipio.* — Scad. 15 mag., ore 17,30; 3° reparto forese; titoli ed eventualmente esami; L. 9000 e 5 aumenti dec. (3 triennali e 2 quinquennali) oltre L. 1000 serv. att., c.-v., L. 2500 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 mar.; età limite 35 a.

MONTEFERRANTE (*Chieti*). — Concorso medico. Per titoli. Stipendio L. 10.000. Età massima anni 40. Scadenza 6 maggio 1934.

PADOVA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 15 maggio 1934 è aperto il concorso ai posti di Coadiutore e di Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendi iniziali annui rispettivamente: L. 12.000 e L. 10.000, sei aumenti periodici di un decimo. Servizio attivo annuo rispettivamente: L. 1800 e L. 1500, compartecipazione del 10 % sui proventi di Laboratorio. Indennità caro-viveri come agli altri impiegati Provinciali. Il tutto ridotto delle trattenute di legge. Chiedere manifesto alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

PALAZZOLO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Scad. 30 apr.; condotta di Ponente; L. 9000 e 8 trienni dec. oltre L. 600 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 25-36 a.; tassa L. 50,10.

PALAZZO S. GERVASIO (*Potenza*). — Sino a tutto il 7 maggio 1934 è aperto il concorso, per titoli, al posto di medico condotto di Palazzo S. Gervasio. Stipendio annuo L. 7000, suscettibile di 5 aumenti quadriennali, pari ognuno ad un decimo dello stipendio iniziale, al lordo di tutte le ritenute di legge. Età minima anni 21, massima anni 40, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Tassa di concorso L. 50,10. Sarà tenuto conto delle preferenze di legge. Gli obblighi ed i diritti inerenti alla condotta risultano, oltre che dalle Leggi e Regolamenti in materia, dal Capitolato relativo in vigore per questo Comune. L'eletto dovrà assumere servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Per qualsiasi chiarimento rivolgersi alla Segreteria Comunale di Palazzo S. Gervasio.

PRINCO (*Alessandria*). — Scad. 31 mag.; L. 8000 oltre L. 700 trasp., c.-v., L. 500 se uff. san.; età limite 45 a.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Concorso al posto di Ufficiale Sanitario nel comune di Melilli. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 7000 lorde della ritenuta del 12 %, oltre quattro aumenti quadriennali pari ad un decimo dello stipendio iniziale. Compensi per gli accertamenti e rilascio di certificati, come previsti nella tariffa approvata con Decr. Prefett. 20-12-1927. Non è inibito l'esercizio della libera professione. Le domande, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio del Medico Provinciale (R. Prefettura) di Siracusa, debbono pervenire all'Ufficio predetto entro quarantacinque giorni dalla data del 7 marzo 1934-XII.

TERAMO. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi e dei Coadiutori delle due Sezioni Medico-Micrografica e Chimica. Per il Direttore: stipendio annuo lordo L. 16.000; indennità servizio attivo L. 3000. Per i Coadiutori: stipendio annuo lordo L. 12.000; indennità servizio attivo L. 2500. Indennità caroviveri, come per legge e percentuale sui proventi per ricerche ed analisi. Su tutto riduzione del 12 %. Aumento stipendi per il Direttore ed i Coadiutori di L. 1200 in ciascuno dei cinque quadrienni. Età massima: per il Direttore anni 45, per i Coadiutori anni 35, salvo disposto art. 42 R. D. 30 settembre 1922 n. 1290: salvo esenzione di cui all'art. 9 del R. D. 16 gennaio 1927 n. 155 e con elevazione del limite di età, a' sensi del R. D. 23 marzo 1933 n. 227 per gli iscritti al P. N. F. Il concorso seguirà secondo le disposizioni sancite dal R. D. 16 gennaio 1927 n. 155 ed a parità di merito saranno applicate le norme di cui all'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 n. 2073 e quelle di cui all'articolo della Legge 6 giugno 1929 n. 1024, recante provvedimenti a favore dell'incremento demografico. Oltre documenti di rito, eventuali titoli scientifici e di carriera richiedesi: *a*) per i posti di Direttore e Coadiutore della Sezione Medica: diploma di abilitazione all'esercizio della professione, di medico-chirurgo o diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito entro il 31 dicembre 1924 o entro il 31 dicembre 1923 (art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923 n. 2889), e per la Sezione Chimica: diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico o di laurea in chimica, in chimica e farmacia od in chimica industriale conseguita entro i termini citati. Certificato d'iscrizione al P. N. F. Tassa ammissione L. 50,10. Scadenza ore dodici del 15 maggio 1934-XII.

VALSTRONA (*Novara*). — Scad. 5 mag.; L. 11.000 oltre L. 3500 trasp., L. 500 uff. san.; alloggio; riduz. 12 %.

VENEZIA. *Amministrazione Provinciale.* — Scad. 30 apr., ore 18; medico vice-direttore presso gli ospedali psichiatrici provinciali; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 800 e di L. 1000, oltre L. 4200 serv. att., L. 1000 indenn. carica, alloggio per famiglia illuminato e riscaldato nell'Ospedale; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50 al Ricevitore provinciale (Cassa di Risparmio di Venezia); doc. non anteriori all'1 marzo. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

VENEZIA. *Ospedale Civile di Mestre.* — Al 25 maggio, ore 17; medico radiologo, aiuto chirurgo, aiuto medico e medico assistente; per i primi 3 posti L. 6000; età lim. 35 a.; per il quarto L. 5400; età lim. 30 a.; compartecipazioni, indennità. Rivolgersi Segreteria.

VOLTERRA. *Ospedale Psichiatrico.* — Vice direttore, primario anatomo-patologo-igienista, primario criminologo. Scad. 5 maggio. (Vedi prec. N. 12).

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Pietro Rondoni, patologo generale di Milano, è stato nominato membro della Reale Accademia d'Italia.

La complessa e multiforme attività scientifica del Rondoni è troppo nota nel nostro mondo medico, perchè sia necessario di richiamarvi l'attenzione.

Ci limitiamo, pertanto, ad esprimere il nostro cordiale compiacimento per questo premio conferito alla sua magnifica e poderosa attività.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto il dott. Gastone Ramon quale membro titolare, in successione di Emilio Roux. Il Ramon non è medico, ma veterinario; è ben noto per avere perfezionato la tecnica di preparazione del siero antidifterico, per avere indicato la reazione di flocculazione per il dosaggio dell'attività antigena di una tossina o dell'attività antitossica del siero corrispondente e sovratutto per avere introdotto l'anatossina antidifterica e quella antitetanica.

Nel compartimento di Roma delle FF. SS. sono stati nominati specialisti, per l'oculistica i proff. G. Mazzantini e E. Leonardi e per l'otoiatria il prof. F. S. Paparozzi.

Il prof. W. His, che ha ora festeggiato il suo 70° compleanno, è stato insignito della medaglia Goethe e nominato dottore in filosofia (scienze), *honoris causa*, dell'Università di Berlino.

Il Comitato Esecutivo Centrale della Repubblica Russa Socialista dei Sovieti ha assegnato il titolo di lavoratori della scienza *ad honorem* — il più alto titolo scientifico conseguibile nello Stato — ai proff. M. A. Averbach, oftalmologo; A. A. Kisel, pediatra; V. P. Osipov, neurologo.

La dott.a Heffer è nominata cavaliere della Legion d'onore, in riconoscimento dell'opera svolta per la rieducazione dei sordo-muti.

Il prof. Richard Siebeck, di medicina interna ad Heidelberg, è stato chiamato all'Università di Berlino, quale successore di His.

Il prof. Spiethoff, di Jena, è stato chiamato alla cattedra di dermatologia di Lipsia.

Il prof. Gocht, ordinario di ortopedia a Berlino, è nominato direttore dell'Istituto « Oskar-Helene-Heims », in Berlino-Dahlem, quale successore del prof. Bisalski, deceduto.

Il dott. John A. Hartwell è nominato presidente dell'Accademia di Medicina di New York.

Il prof. Joh. Stein, assistente alla clinica medica di Heidelberg, è nominato direttore della stessa clinica, quale successore del prof. Siebeck, chiamato a Berlino.

All'Università di New York sono nominati i proff.: Mills Sturtevant, di clinica medica, e Robert P. Wadhams, di clinica chirurgica.

Il dott. P. F. Lucchesi è nominato sovrintendente dell'Ospedale per malattie contagiose di Filadelfia.

NOTIZIE DIVERSE.

9ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

L'Unione Internazionale contro la tubercolosi ha indetto la IX Conferenza internazionale a Varsavia per i giorni 4-6 settembre, sotto la presidenza del dott. Eugenjusz Piestrzynski, sottosegretario di Stato al Ministero dell'assistenza sociale.

Si discuteranno i seguenti temi: 1) « Variazioni biologiche del virus tubercolare », relatore generale: prof. Leon Karwacki (Polonia); correlatori: prof. Jean Van Beneden (Belgio), prof. P. Courmont (Francia), dott. F. van Deinse (Olanda), prof. Bruno Lange (Germania), dott. Esmond Long (Stati Uniti d'America), dott. Yevrem Nedeljkovitch (Jugoslavia), proff. V. Puntoni e A. Omodei-Zorini (Italia), dott. A. Saenz (Uruguay), prof. K. Schlossmann (Estonia), prof. J. Valtis (Grecia); 2) « Le forme mediche e chirurgiche della tubercolosi ossea ed articolare ed il loro trattamento », relatore generale: prof. Vittorio Putti (Italia); correlatori: prof. F. Bézançon (Francia), dott. Ole Chievitz (Danimarca), prof. dott. Philipp Erlacher (Austria), dott. Gebhardt (Germania), dott. Clarence L. Hyde (Stati Uniti d'America), dottori Maffei e Delchef (Belgio), dott. A. J. Palmén (Finlandia), prof. Rollier (Svizzera), dott. Henning Waldenström (Svezia), prof. Adolf Wojciechowski (Polonia); 3) « L'utilizzazione dei Dispensari per il trattamento dei tubercolotici », relatore generale: prof. Léon Bernard (Francia); correlatori: dott. Th. Begtrup-Hansen (Danimarca), dott. K. H. Blümel (Germania), dottori Kazimierz Dabrowski e Czeslaw Wroczynski (Polonia), dott.sa Ecoffey (Svizzera), prof. A. Ilvento (Italia), dott. Leonas Koganas (Lituania), dott. James Alexander Miller (Stati Uniti d'America), dott. Marius Nasta (Romania), dott. Tchépoulitch (Jugoslavia), dott. J. Vcelak (Cecoslovacchia).

Il Comitato organizzatore prepara un viaggio d'istruzione. Inoltre sono previste gite e ricevimenti varî.

Alla Conferenza parteciperanno 43 Nazioni e per l'occasione, la Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi esporrà un'ampia documentazione di quanto, nel Regime Fascista, è stato realizzato dalla Direzione Generale di Sanità Pubblica, dall'Istituto nazionale fascista della Previdenza sociale, dai Consorzi provinciali antitubercolari, dalla Federazione stessa, nel campo della lotta antitubercolare.

Per informazioni ed iscrizioni, rivolgersi alla: Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tbc., via Nazionale 172, Roma.

11° Congresso nazionale di radiologia medica.

Nei giorni 20-22 settembre 1934 avrà luogo in Perugia l'XI Congresso Nazionale di Radiologia Medica sotto la presidenza del prof. Eugenio Milani e la vice-presidenza del prof. Bruno Bellucci.

I temi posti all'ordine del giorno sono i seguenti: proff. Perona e Benassi, « Mezzi moderni di indagine radiologica »; proff. Guarini, Palmieri e Del Buono, « Radioterapia del sistema nervoso centrale e periferico »; prof. Lapenna, « Affezioni e lesioni traumatiche della colonna vertebrale (escluse le anomalie di sviluppo) anche in rapporto con l'infortunistica ».

L'inaugurazione del Congresso avrà luogo nello

storico Salone dei Notari (Palazzo Comunale); le sedute scientifiche e la esposizione degli apparecchi nel Palazzo della R. Università degli Studi.

L'iscrizione al Congresso è gratuita per i soci della Società Italiana di Radiologia medica; la tassa di iscrizione per i non soci è di lire cinquanta (membri effettivi) e di lire trenta (aderenti, persone di famiglia); tale iscrizione dà diritto alle riduzioni ferroviarie, a ricevere gli atti del Congresso, ed a tutte le altre facilitazioni disposte dal Comitato organizzatore del Congresso.

Il termine per la consegna delle Relazioni ufficiali scade il 1° giugno 1934; il termine per la consegna dei titoli delle comunicazioni (che debbono essere accompagnati da un breve riassunto, e debbono trattare esclusivamente argomenti inerenti ai temi di relazione) scade il 1° luglio 1934.

Per ogni informazione rivolgersi alla segretaria generale del Congresso sig.a Maria Bellucci (corso Vannucci 14, Perugia), ed al tesoriere o commissario per l'esposizione degli apparecchi dott. Carlo Fratini (Istituti di Radiologia, Policlinico di Perugia).

Associazione medica italiana di idro-climatologia, talassologia e terapia fisica.

Terrà il suo XXIII Congresso nei giorni 9-10-11-12 giugno p. v. ad Acqui e Sanremo in accordo col centro di studî sulla fangoterapia di Acqui, diretta dal prof. Donati e dal sen. Micheli e con l'Azienda di cura di Sanremo, Ospedaletti e Bordighera.

Finora sono confermate le relazioni dei proff. sen. F. Micheli, F. Rondoni e G. Fiore. Cominciano anche a giungere importanti comunicazioni ed altre saranno accettate, preferibilmente se riguarderanno lo studio delle forme reumatiche e linfo-adenitiche, o in genere questioni idroclimatologiche, talassologiche o di terapia fisica. Il testo delle comunicazioni dovrà essere inviato non più tardi del 15 maggio al Centro degli studî di Acqui o alla Segreteria dell'Associazione.

Con ulteriore comunicato saranno precisati i temi di relazione, le norme di iscrizione, le facilitazioni ferroviarie ottenute e quelle che sono già assicurate dalle due importanti stazioni di cura di Acqui e Sanremo, che vogliono che il Congresso riesca una importante manifestazione scientifica e anche turistica. Per informazioni rivolgersi al direttore sanitario delle Terme di Acqui (Alessandria) o al segretario dell'Associazione, prof. C. Gozzi, via Pascoli 37, Milano.

5° Congresso medico argentino.

Il 5° Congresso nazionale medico dell'Argentina si adunerà a Rosario de Santa Fé, sotto gli auspicî del Governo nazionale, che ha assegnato la somma di 100.000 pesos (equivalente a 300.000 lire it.), per l'organizzazione. La data definitiva è fissata dal 2 al 9 settembre. Il Comitato ordinatore, presieduto dal dott. Camilo Muniagurría, ha stabilito che tema principale in discussione debba essere l'amebiasi. Quali oratori ufficiali sono stati invitati: Guido Izar, di Messina; O. da Fonseca, di Rio de Janeiro; Dobell, di Londra; Greenway, Castex e Marotta, di Buenos Aires; Salvador Mazza, di Jujuy; inoltre Ludwig Aschoff, di Friburgo e C. de Moura Campos, di San Paolo, sono stati invitati a presentare delle comunicazioni sul tema. Vi saranno sezioni di anatomia, fisiologia e biochimica, patologia, medicina interna, chirurgia, varie specialità, insegnamento medico.

Per informazioni rivolgersi alla: Asociación Médica Argentina, calle Santa Fé 1171, Buenos Aires.

Per l'assicurazione contro le malattie.

È stato votato il seguente ordine del giorno:

« L'Assemblea del Sindacato fascista dei medici della Provincia di Padova, a conclusione della discussione sui rapporti fra le Mutue sanitarie e le Condotte mediche, fa voti che il Sindacato nazionale prenda in esame il progetto dei colleghi dott. Genta e dott. Berti, relativo alla trasformazione delle Condotte e delle Mutue in unico Istituto di Assicurazioni e si prepari l'avvento della Assicurazione generale obbligatoria per le malattie, a base territoriale, in conformità di quanto prevede la Carta del Lavoro, ed a soddisfazione delle esigenze del nuovo ordinamento corporativo, che non è fine a sè stesso, ma strumento di giustizia sociale per un miglior benessere ed avvenire dell'Italia fascista ».

Centri di assistenza materna e infantile nella provincia di Roma.

Si è riunito, sotto la presidenza di don Piero Colonna, il Consiglio direttivo della Federazione provinciale dell'O.N.M.I. di Roma.

Il presidente ha comunicato anzitutto che la sede centrale dell'Opera ha approvato con compiacimento il programma predisposto dalla Federazione per l'organizzazione dei servizi assistenziali in Provincia. Ha sottoposto quindi al Consiglio, che le ha approvate, le proposte relative alla attuazione di tale organizzazione, che consiste nella istituzione di sei centri di assistenza materna ed infantile, i quali avranno sede in Civitavecchia, Monterotondo, Tivoli, Velletri, Littoria e Gaeta.

La Provincia sarà quindi ripartita in sei zone, comprendenti ciascuna un centro e tanti consultori fissi quanti sono i Comuni della stessa zona: resteranno così definitivamente abolite le attuali cattedre ambulanti di puericoltura. Ad ogni consultorio sarà preposto il medico condotto locale, mentre che ad ogni centro verranno destinati due specialisti, uno pediatra ed uno ostetrico, residenti sul posto, i quali dovranno prestare l'ausilio della loro competenza specializzata in tutti i casi che possano essere loro segnalati dai medici dei consultori compresi nella zona, esercitare azione di vigilanza ed ispettiva su tutti i consultori stessi e, conseguentemente, studiare i provvedimenti atti a rendere l'assistenza quando più efficace e pronta; infine provvedere alla raccolta dei dati statistici ed agli studi relativi.

Il Consiglio ha preso atto con compiacimento che sarà creato nel prossimo anno a cura della sede centrale, per munifica elargizione del conte Frontoni, podestà di quel Comune, un nuovo centro di assistenza materna ed infantile, atto a soddisfare a tutte le esigenze secondo i più moderni criteri assistenziali.

Il presidente comunica pure che i Comuni di Velletri e Civitavecchia hanno già dichiarato di provvedere a loro spese alla costruzione del fabbricato per il centro, in base alle direttive che impartirà la Federazione, e che anche il Comune di Gaeta ha promesso di fare altrettanto.

L'Istituto di sanità del Giappone.

L'Ufficio direttivo della Fondazione Rockefeller nel 1930 aveva proposto di far dono di una somma ingente al Giappone perchè fosse creato un Istituto della Sanità, analogamente a quanto si è fatto per altri Paesi. I nuovi concetti direttivi della Fondazione, affermatisi nel 1931, dovevano condurre a discontinuare le assegnazioni per nuovi edifizi e quindi pareva che il progetto dovesse sospendersi; ma è stato deciso di riattivarlo. Il Consiglio dei Ministri del Giappone, con decisione del 21 dicembre, accettava la donazione, che importa la somma di 4 milioni di yen, ossia circa 17 milioni di lire it. Si prevede che l'istituto sarà completato in 2 anni. Secondo un comunicato dell'Ufficio di Sanità del Ministero dell'interno del Giappone, il nuovo Ente provvederà all'insegnamento del personale addetto alla Sanità pubblica; inoltre i laureati in medicina potranno riceverví un insegnamento specializzato. Fin'ora mancava del tutto un istituto del genere nel Giappone. L'Istituto sarà messo in grado di dare un insegnamento applicato. Alle spese di funzionamento concorrerà per 3 anni la Fondazione.

Il più grande ospedale del Brasile.

Da qualche mese funziona a Rio de Janeiro l'Ospedale « Penitencia », il meglio attrezzato e il più vasto del Brasile. È costato 100 milioni di lire it. Sorge in una delle zone più incantevoli della bellissima città. Copre un'area di 8 mila mq.; ha la forma di H: uno dei due corpi di fabbrica principali è destinato agli uomini, l'altro alle donne, la parte intermedia ai servizi generali. L'ospedale dispone di una centrale elettrica autonoma, della forza di 600 kilowatts; tra gl'impianti, è notevole quello di refrigerazione degli ambienti per l'estate. Si è fatto larghissimo uso di marmi, cristalli, smalti, materiali opalini, metalli ecc.; l'insieme produce un effetto fantastico.

Gli abbienti negli ospedali degli Stati Uniti.

La Società Medica della Contea di Bronx, nello Stato di New York, ha costituito una Commissione, sotto la presidenza del dott. N. B. Van Ethen, per indagare lo stato economico dei ricoverati negli ospedali. Un'inchiesta condotta nel « Morrisania City Hospital » ha riguardato esattamente 1000 pazienti. È risultato che 583 di essi erano nella incapacità di pagare; 107 avrebbero potuto pagare con l'aiuto della famiglia; altrettanti erano in grado di farlo con qualche difficoltà, mediante le proprie risorse (a rate, od in misura ridotta); 85 hanno dato false indicazioni, che non si è riusciti a correggere; 118 erano in grado di pagare senza difficoltà: tra questi si contavano funzionari a stipendi alti, proprietari e persone delle loro famiglie.

Il costo medio della giornata di degenza è di dollari 4,12 (circa 50 lire it.) e la degenza media è di 11 giornate; ammettendo che almeno il 10 % dei pazienti ricoverati gratis lo siano abusivamente, defraudano l'ospedale di circa 75.000 dollari (1 milione di lire) l'anno; nella contea esistono 4 ospedali del genere, per modo che il danno può valutarsi di 4 milioni. Si è proposto di costituire un ufficio inquirente, per accertare la situazione economica effettiva dei ricoverati.

Trattamento degli stranieri ammalati in Francia.

Si annunzia che il Governo francese sta per revocare la convenzione con il Belgio, l'Italia, il Lussemburgo e la Polonia, relativa al trattamento di reciprocità per i nazionali ricoverati negli ospedali e di partecipazione alle leggi sociali (infortuni, vecchiaia, disoccupazione ecc.).

Quella convenzione venne firmata immediatamente dopo la guerra, nel 1920, quando erano stati uccisi un milione e mezzo di francesi validi e quando molte fabbriche del nord erano state distrutte dai tedeschi. Era utile d'incoraggiare l'immigrazione. Ora però le fabbriche sono state ricostruite e v'è circa un milione di disoccupati, onde non è più sentito il bisogno degli stranieri. Si fa considerare che la reciprocità è apparente, poichè pochissimi sono i francesi all'estero, mentre molti sono gli stranieri stabiliti in Francia, ed in certe zone risultano molto numerosi: così nel mezzogiorno abbondano i fuorusciti italiani. I malati stranieri gravano sui bilanci municipali; così Nizza spese 2.427.833 franchi per i malati stranieri nel 1930; in seguito si è provveduto a limitare l'assistenza, ma nel 1932 la spesa fu ancora di 1.367.616 franchi. A Marsiglia si è provveduto a creare un ospedale speciale, con il contributo del Governo italiano. Si pensa ora di ridurre l'assistenza agli stranieri, limitandola ai casi acuti, agli infortuni ed alle donne in stato di gestazione. I cronici, specialmente tubercolotici, verrebbero restituiti ai Paesi d'origine, anche perchè i sanatorî non bastano — per quanto se ne vada aumentando il numero — e visto che tutti i Paesi confinanti con la Francia hanno cominciato a rimandare in Francia i cronici di nazionalità francese.

Radioconsulenza medica in alto mare.

Col principio del 1934 è andato in vigore il nuovo codice per la richiesta di consigli medici mediante la radio in alto mare.

Esso è stato redatto da un Comitato, in cui erano rappresentate le seguenti Nazioni: Francia, Germania, Giappone, Inghilterra, Italia, Norvegia, Svezia e Spagna. Questo servizio è utilissimo per le navi che non portano un medico a bordo (il medico è obbligatorio per le navi con più di 100 uomini). Il nuovo codice rende possibili le consultazioni indipendentemente dalla lingua. Comprende circa 1000 indicazioni, disposte in 21 gruppi o sezioni, per modo da agevolare e semplificare le richieste. Per quanto è possibile, le risposte dei medici vengono date solo a titolo di guida, senza prescrizioni tassative e rigorose, difficili ad impartire se il medico non visita il paziente.

Un corso di bibliografia medica.

La raccolta della bibliografia su determinati argomenti diviene un compito sempre più difficile a causa del moltiplicarsi non solo delle pubblicazioni, ma anche dei centri di studio.

D'altra parte questo compito si dimostra sempre più importante per l'impostazione, l'esecuzione e la redazione dei lavori.

Perciò la Biblioteca Medica di Boston ha tenuto un breve corso di bibliografia medica; esso si è svolto nei mesi di gennaio e febbraio, allo scopo principale d'indirizzare gli studiosi, nel campo medico, alla raccolta della letteratura e alla ricerca delle fonti.

La biblioteca si propone anche di organizzare delle mostre sulla letteratura medica corrente, in forma di recensioni e col sussidio degli articoli più importanti in originale.

Si va ora preparando un'esposizione storica.

Unione internazionale di soccorso.

Il Capo del Governo ha ricevuto a Palazzo Venezia il Comitato esecutivo dell'Unione internazionale di soccorso così composto: sen. Giovanni Ciraolo (Italia), presidente; colon. P. Draudt (Germania) e marchese de Lillers (Francia), vice presidenti; E. Delta (Grecia), sen. François (Belgio), A. Maudslay (Gran Bretagna), ministro Caraccioli Parra-Perez (Venezuela), membri; prof. G. Werner (Svizzera) ed E. Swift (Stati Uniti), delegati della Croce Rossa internazionale, nonchè di un rappresentante del Segretariato della Società delle Nazioni.

Il Comitato esecutivo, che viene provvedendo gradualmente all'organizzazione dell'Unione, ha voluto tenere la sua terza sessione a Roma invece che nella propria sede di Ginevra per rendere omaggio al Paese promotore dell'Unione.

Azioni giudiziarie.

Il Consiglio di guerra marittimo di Cherbourg (Francia) ha giudicato il seguente caso. Il dott. Cousyn, medico di 1ª classe, sostituiva un collega, dott. Babin, medico principale; ad un marinaio affetto da disturbi urinari egli prescrisse g. 1,5 di urotropina e affidò la cura ad un infermiere, Bernard. Questi, a causa della calligrafia non chiara, lesse atropina; trovò il flacone nell'armadietto dei medicinali innocui; non badando che era colorato in rosso — indice di pericolosità — confezionò una pillola di mezzo grammo e la somministrò al paziente. Malgrado tutti i tentativi diretti a salvarlo, questi moriva.

Il dott. Babin era accusato di non essersi assicurato, prima di partire, che i medicinali fossero al loro posto; il dott. Cousyn di non aver esercitato un controllo alla consegna; l'infermiere di non aver fatto attenzione al colore del flacone: tutt'e tre di omicidio preterintenzionale. Il Consiglio li ha assolti, ammettendo un infortunio.

* * *

La Corte Suprema dell'Alabama (Stati Uniti), confermando un giudizio del Tribunale, ha condannato un chirurgo, dott. Williams, perchè prima di eseguire una tonsillectomia, sotto anestesia generale, non aveva esaminato lo stato del cuore e perchè, dopo l'intervento, non si era interessato al paziente, che morì alcuni giorni dopo, d'insufficienza cardiaca.

Un po' dovunque.

In seguito al lutto che ha così dolorosamente colpito la Nazione belga, il Comitato delle Giornate Mediche di Bruxelles ha deliberato di rinviare al 1935 la 16ª sessione delle Giornate stesse, la quale avrebbe dovuto aver luogo nel prossimo mese di giugno.

Il 3° Congresso francese di ginecologia si svolgerà dal 7 al 10 maggio, nei locali della Facoltà medica, sotto la presidenza onoraria del prof. Koenig di Ginevra e quella effettiva del prof. André A. Binet di Nancy. Tema generale in discussione: « Insufficienza ovarica ». Segreteria: rue du Conservatoire 6, Paris.

Il 2° Congresso della Società francese di fonoiatria si terrà il 12 maggio a Parigi, sotto la presidenza del prof. Moure. Tema: « Operazioni rinologiche e fonazione », relatore il dott. Labarraque. Rivolgersi al segretario generale, Dr. Tarneaud, avenue de la Grande Armée 27, Paris (16e).

Si è tenuta a Parigi, il 10 marzo, l'assemblea generale del « Comitato nazionale di difesa contro la tubercolosi », sotto la presidenza di Louis Marin, ministro della salute pubblica e dell'educazione fisica.

L'« American Association for the Study and Control of Rheumatic Diseases » si adunerà a Cleveland l'11 giugno, sotto la presidenza del dott. E. E. Irons, di Chicago.

La Società ginecologica di Chicago ha organizzato un Comitato sanitario per un'inchiesta sulla mortalità materna e fetale in questa città.

La Società Ortopedica tedesca e la Lega tedesca per l'assistenza ai deformi — tutt'e due presiedute dal prof. Gocht di Berlino — si sono fuse e sono entrate a far parte della « Reichzentrale für Gesundheitsführung », che opera nel Ministero federale dell'interno; alla direzione è stato preposto il dott. Barhls, funzionario del Ministero; la segreteria è stata affidata al prof. Eckhardt, che dirigeva la Lega predetta.

Anche quest'anno per iniziativa del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici di Padova sarà organizzata dal 10 al 17 giugno, in coincidenza con la Fiera Campioni, la Settimana medica che tanto successo ha avuto negli scorsi anni. Le lezioni verranno tenute dai professori della Facoltà di medicina e chirurgia, che hanno già dato il loro entusiastico assenso. Prossimamente sarà pubblicato il programma definitivo.

La Società Napoletana di Chirurgia si è adunata l'11 e il 26 gennaio sotto la presidenza del prof. L. Torraca assistito dal prof. F. Buonomo La Rossa. Furono fatte comunicazioni da: L. Torraca, R. Squillacioti, P. Del Torto, G. Marsiglia, G. Jannelli (2 comunicazioni), L. Caforio.

L'11 marzo si è inaugurata la Società di Cultura Medico-Chirurgica della Provincia di Frosinone. Alla presenza di S. E. il Prefetto, delle più alte autorità e gerarchie e di quasi tutti i medici della provincia, il prof. A. Ilvento, vice direttore della Sanità Pubblica, dopo brevi parole del presidente della Società, dott. Vittorio Lamma, ha parlato applauditissimo sul tema « L'opera del medico nel divenire sociale ».

La Società Medico-Chirurgica Cosentina si è adunata il 19 febbraio, sotto la presidenza del prof. Falcone, assistito dal segretario dott. M. Carbone. Venne commemorato il prof. Castellino. La Società ha preso atto della costituzione della Sezione Cosentina dei donatori di sangue e della costituzione della Sezione Catanzarese della Società Medico-Chirurgica. Furono fatte comunicazioni dal prof. Fava e dal dott. Ruggiero.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 9 marzo sotto la presidenza del prof. E. Oliani, assistito dal segretario F. Donini; furono fatte comunicazioni dai dottori: prof. G. Nicolich, M. Novak, C. Lautieri.

La Società di Coltura Medica Novarese si è adunata il 1° marzo sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal dott. V. Gallina. Furono fatte comunicazioni dai dottori prof. F. Pietra,

P. A. Borella (con D. Cantone), L. Greppi, prof. C. Fornara (con G. Dondi).

Alla Fiera di Lione venne inaugurata l'8 marzo la Sezione d'arte medica e di prodotti farmaceutici.

La Società ferroviaria « Chemin-de-fer du Nord » ha messo in servizio uno speciale treno sanitario, per l'esame radiologico del personale residente in piccoli centri. Consta di tre vetture. Ha principalmente lo scopo di ricoroscere i casi inziali di tubercolosi.

Sorgerà a Desio un ospedale per bambini, promosso dal presidente e dal direttore dell'Ospedale di Circolo, ing. Raismondi e dott. Lolli, progettato dall'ing. Pissavini. Consterà di due grandi padiglioni, uno per la maternità e l'altro per la pediatria; potrà ricoverare 60 piccoli ammalati in 4 infermerie ed in una ventina di camerette per isolamento od a pagamento. I padiglioni saranno circondati da giardini pensili.

Nel vecchio ma pur sempre magnifico ospedale di Versaglia è stato costituito un centro di cardiologia, sotto la direzione del dott. Lutembacher; è ottimamente attrezzato; non vi sono corsie, ma solo camere a 1, 2 e 4 letti. È l'istituto cardiologico più completo della Francia.

È stato inaugurato a Boston l'Istituto patologico Mallory, annesso all'Ospedale cittadino, dedicato al prof. Frank Burr Mallory, che dal 1891 al 1933 è stato addetto al Laboratorio di patologia dell'Ospedale, prima come assistente, poi come direttore e insegnante.

L'Ospedale statale Manteno nell'Illinois verrà molto ingrandito, aumentandone la capacità di ben 1700 letti; si è firmato il contratto per la nuova costruzione, di 21 piani e del costo di circa 14 milioni di lire it.

L'Ospedale per le donne e i bambini (Women and Childrens' Hospital) di Chicago ha solennizzato il suo 70° anniversario, come pure il 5° anniversario dell'inaugurazione della sua nuova costruzione (che è costata un milione di dollari). Il servizio vi è disimpegnato esclusivamente da donne.

La Scuola Medica dell'Università di Sidney (Australia) ha celebrato il suo 50° anniversario.

L'Ospedale Frances E. Willard di Chicago annunzia la chiusura del suo dispensario, per mancanza di fondi.

Il prof. Cesare Artom, direttore e ordinario della Cattedra di zoologia nella Facoltà di Scienze dell'Ateneo pavese, spentosi sabato scorso a Milano, ha disposto che il suo patrimonio, salvo alcuni legati, venga diviso in parti uguali fra l'Ospedale di Asti e il Collegio Ghislieri di Pavia, a favore di studenti dei circondari di Alessandria e di Asti, con preferenza per quest'ultimo.

La dott.a Christine Murrell ha donato 2000 sterline, ossia 120.000 lire it. incirca, all'Associazione Medica Britannica, per venire in aiuto dei medici in stato di bisogno dei due sessi.

Il segretario del Partito on. Starace ha visitato il Policlinico del Lavoro in Roma, fondato dall'Unione Industriale Fascista del Lazio.

Il sen. Balbino Giuliano, commissario della Confederazione Naz. Fascista Sindacati Professionisti ed Artisti, ha visitato l'Istituto superiore di odontoiatria « George Eastman » di Roma.

Il prof. F. Bottazzi ha tenuto nell'Aula Magna dell'Università di Atene una conferenza sulle « Contrazioni muscolari e il loro significato fisiologico ».

Invitato dal prof. M. Landolfi, direttore dell'Istituto Achille de Giovanni di Napoli, il prof. E. Maragliano ha tenuto la lezione di chiusura al corso di malattie respiratorie e tubercolari, svoltosi dal 16 febbraio al 15 marzo con il concorso dei componenti l'Istituto e di altri valorosi insegnanti.

Una commissione presieduta dal prof. Carlo Comba, per ricordare il 40° anno di laurea in medicina conseguita nell'Istituto di studî superiori di Firenze, invita i colleghi a dare il loro indirizzo al dott. Ciro Biancialdi, borgo Pinti 82 p. 2°, Firenze.

Il « Consiglio dell'Associazione dei professori universitarî » dell'Inghilterra si è adunato nel « Collegio imperiale di scienza e tecnologia ». Il prof. Frank Smith nel discorso presidenziale trattò il problema dei profughi tedeschi. Illustrò il concetto che oggi l'ideale della scienza deve dominare i problemi della politica e della razza. La Germania ha contravvenuto a questa tradizione degli ultimi secoli, cedendo a « un'orgia di feroce nazionalismo »; per tal modo ha eliminato molti elementi di valore, tra cui alcuni di fama universale, che onorano l'umanità, come Erwin Schrödinger, già professore di fisica teoretica all'Università di Berlino e ora ospitato a Oxford.
Ha informato che le ultime stime dànno 60.000 tedeschi profughi in varî Paesi e che di essi 51.000 sono ebrei. Ha anche informato che i profughi medici sono quasi tutti ebrei.

Con decreti ministeriali 20 gennaio e 10 febbraio, è stata negata la registrazione a numerose specialità medicinali.

In Inghilterra è stato elevato il dazio doganale sull'insulina, a richiesta dei fabbricanti, portandolo da 10 a 33 %, cioè alla stregua dei prodotti chimici puri. I fabbricanti fanno sapere che è loro intendimento di non elevare il prezzo del medicinale, ma di assicurarsi il mercato, e che i diabetici poveri non risentiranno l'inasprimento della tariffa doganale. I periodici di medicina si sono disinteressati della questione, considerandola come troppo delicata, sia nei riguardi dei fabbricanti, sia nei riguardi politici.

Il « Tribunale Sanitario » di Berlino ha esaminato le prime tre proposte di sterilizzazione eugenica: ha deciso che la sterilizzazione venga attuata.

Il dott. Vachet, che era medico curante del famigerato truffatore Stavisky, è stato arrestato dopo una lunga perquisizione al suo domicilio. Il Vachet godeva di larga reputazione; si è occupato specialmente di psicopatologia.

È morto a 107 anni il dott. G. GORTANT, che fino a 96 anni ha esercitato la professione.

Il prof. ERNST VON ROMBERG, morto a 68 anni, dirigeva la 1ª Clinica medica di Monaco; era nepote del celebre neurologo; ha compiuto studî apprezzati sulle malattie della circolazione e sulla tubercolosi; aveva un posto eminente anche nel giornalismo medico tedesco.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Klin. Woch., 10 feb. — K. J. ANSELMINO e al. Ormone corticotropo del lobo anter. dell'ipofisi. — E. LORENZ. Epidemiologia e clinica della difterite maligna.

Studium, 1 feb. — V. NIGRO. Polmone da pneumotorace e polmone da toracoplastica.

Deut. Med. Woch., 9 feb. — Numero sulle malattie polmonari.

Journ. Méd. Franç., gen. — Numero sulle malattie della nutriz.

Brit. Med. Journ., 10 feb. — H. MOORE. Ipoglicemia spontanea con epatite.

Arch. internal Med., gen. — A. GROLLMAN e J. P. FERRIGEON. Valore funzionale del cuore. — W. M. BOOTHBY. Myastenia gravis. — A. B. RIVERS. Eziologia dell'ulcera peptica. — E. C. EPPINGER e S. A. LEVINE. Angina pectoris.

Paris Méd., 10 feb. — O.-B. MARFAN. La scrofola, forma speciale della tubercolosi.

Rev. Méd. Latino Amer., dic. — A. P. RAMOS e F. A. DELUCA. Determinismo sessuale.

Croce Rossa, gen.-feb. — Numero sulla tubercolosi.

Rif. Med., 3 feb. — M. MONACELLI. Bottone d'Oriente nell'Italia centrale.

Semana Méd., 25 gen. — J. P. SOLÁ. Pressione media dinamica in patologia. — F. A. FAZIO. Orina torbida da precipitazione fosfatica.

Surg., Gyn. a. Obst., 1 feb. — J. J. CALLABAU. Riduzione di lussazioni antiche « irriducibili » della spalla. — M. A. STEWART. Nuovo trattamento dell'osteomielite.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 31 gen. — G. SANNICANDRO. Culture in vitro di placenta umana.

Bull. Ac. de Méd., 30 gen. — SAINT-JACQUES. Trattamento delle infezioni con iniezioni endovenose di carbone animale.

Revue de Méd., gen. — Numero sulla terapia cardiovascolare.

Ann. de Méd., feb. — L. MATHIEU e al. Aterite gottosa.

Diagnost. e Tecn. di Laborat., 25 gen. — V. NICOLETTI. Sieroreazione Sciarra.

Riv. San. Sicil., 1 feb. — S. LATERI. I fattori costituzionali in patologia chirurgica.

Klin. Woch., 17 feb. — H. HELLER. Sensibilità agli stimoli del centro della pressione sanguigna e ipertensione da cause centrali.

Indice alfabetico per materie.

Addome destro: sintonia patologica in rapporto al vagotonismo . . . . *Pag.* 494
Anemia ipocromica con achilia . . . . » 507
Angina pectoris: prevenzione e cura degli attacchi . . . . » 510
Antisettici urinari . . . . » 500
Bibliografia . . . . » 506
Carciofo: azione diuretica . . . . . . » 489
Cardiopatie: trattam. con zucchero e insulina . . . . » 509
Collasso: essenza e trattamento . . . . » 509
Costituzione e fenomeni vitali . . . . . » 490
Eczema da cemento . . . . » 511
Elettrotraumi: clinica ed istopatologia . » 503
Emorragia cerebrale: patogenesi . . . . » 508
Eugenica: criterî e pericoli . . . . . . » 505
Infezioni: trattam. con iniezioni di carbone animale . . . . » 510
Iniezioni di adrenalina: infezioni gassose consecutive . . . . » 504
Liquido c.-sp. e sangue: barriera . . . » 508
Malaria: reazione di Henry . . . . . . » 507
Nervo erigente: azione sulla motilità della vescica e del colon . . . . » 511
Prostata: anestesia locale infiltrativa prima della resezione . . . . » 501
Psicopatie: azioni dell'adrenalina . . . *Pag.* 508
Rachianestesia tutocaino-adrenalinica . » 507
Radiologia e radiumterapia: nuove disposizioni per la disciplina . . . . . » 513
Radiologia: progressi nei metodi di esplorazione . . . . » 502
Salasso: azioni . . . . » 507
Salute: influenza della luna sulla — ? » 512
Scarlattina: complicazioni cardiache . . » 509
Tachicardia parossistica: cura dell'accesso . . . . » 510
Timo: semeiotica delle iperplasie . . . » 511
Tubercolosi polm.: alcoolizzazione del n. frenico . . . . » 499
Tubercolosi polm.: elioterapia . . . . . » 499
Tubercolosi polm.: iperglicemia insulinica . . . . » 500
Tubercolosi polm.: reazione emoclasica da pneumotorace t. quale indice di sospensione della cura . . . . » 498
Tumori extradurali del midollo spinale: diagnosi . . . . » 483
Ulcera gastrica: carenza di zolfo . . . . » 507
Ureteri: anomalia regionale . . . . . . » 501
Xeroderma pigmentoso: lesioni oculari » 507

C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 9 Aprile 1934 - XII Num. 14

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: R. D'Alessandro: La banda di coagulazione (Koagulationsband) secondo Weltmann nelle pleuriti.

Note e contributi: G. Cavina: Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica post-operatoria.

Osservazioni cliniche: B. Picardi: Su di un caso di echinococcosi dei muscoli della regione lombare.

Tribuna libera: C. Dal Prato: « Sulla pretesa azione peristaltogena dell'argento colloidale introdotto in cavità peritoneale ».

Sunti e rassegne: SISTEMA NERVOSO: H. Roger e P. Serradon: L'etiologia degli spasmi vasali silviani. — J. Diez: La chirurgia del dolore. — J. Diez: Topoalgia continua parossistica tabetica. Cordotomia cervicale. Cura. — W. Willcox: Usi e pericoli degli ipnotici non alcaloidei. — Pisani e Siniscalchi: La piretoterapia nelle schizofrenie. — MISCELLANEA: H. Pallard: La cellulite. — C. Fiorio: Ricerche sulla gonoreazione. — B. Savona: Aborto Röntgen. — IGIENE: A. Giudice: L'approvvigionamento idrico con acque superficiali.

Cenni bibliografici.

Note biografiche: Emilio v. Behring.

Accademie, Società Mediche, Congressi: Accademia Pugliese di Scienze. — Società Medico-Chirurgica di Pavia. — R. Accademia dei Fisiocritici in Siena. — Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Contributo allo studio dei corpi estranei nelle vie respiratorie. — Gli ascessi polmonari da deglutizione. — Batteriemia passeggera da Strept. viridans in seguito ad ascesso del polmone. — Suppurazioni polmonari e iniezioni endovenose di alcool. — La cura della tubercolosi laringea e i suoi successi. — Influenza dell'invecchiamento e dell'aumentato carico sulle valvole polmonari. — NOTE DI ANESTESIA CHIRURGICA: L'anestesia generale in chirurgia per mezzo dell'allilisopropilmalonilurato come anestetico basale e del protossido di azoto come anestetico di complemento. — La rachianestesia con il metodo di Jones. — Ricerche sulle alterazioni del liquido rachidiano dopo rachianestesia. — SEMEIOTICA: La reazione intrauretrale alla tubercolina. — MEDICINA SCIENTIFICA: Contributo sperimentale sulla conoscenza della peristalsi intestinale. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.

Nella vita professionale: SERVIZI IGIENICO-SANITARI: Profilassi delle malattie veneree. Assistenza alle madri ed ai bambini. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

SCUOLA D'APPLICAZIONE DI SANITÀ MILITARE.
Direttore: gen. med. prof. LORETO MAZZETTI.

LABORATORIO DI MEDICINA LEGALE
Direttore: maggiore medico
dott. RAFFAELE D'ALESSANDRO.

La banda di coagulazione (Koagulationsband) secondo Weltmann nelle pleuriti.

Maggiore med. dott. RAFFAELE D'ALESSANDRO.

Gli studi numerosi, sistematici e ben condotti in condizioni normali e nei più diversi stati morbosi sulle alterazioni del sangue nella sua morfologia, nella sua composizione chimica e chimico-fisica, per quanto abbiano dati risultati in parte discordanti e d'interpretazione talora molto delicata, pure hanno portato contributi cospicui a meglio comprendere e lumeggiare fenomeni a volte molto complessi ed oscuri, osservati in condizioni fisiologiche e patologiche, da giustamente richiamare su di essi tutto l'interesse di chiunque nello studio del fatto morboso cerca con rigore e continuità di indagine penetrare l'intima essenza. E limitandomi a citare, tra i tanti, qualcuno dei risultati ottenuti nello studio delle proprietà chimiche e chimico-fisiche del plasma sanguigno basti ricordare la grande importanza diagnostica e prognostica che ha assunto nello studio dei più svariati quadri nosografici ed anche in condizioni fisiologiche il comportamento della velocità di sedimentazione degli eritrociti. Fenomeno che nella sua intima essenza resiste ancora tenacemente alle indagini numerose su di esso condotte in condizioni normali, patologiche e sperimentali, che diverse ipotesi, di cui nessuna finora resiste alla critica, hanno cercato d'interpretare, ma di cui non si può attualmente non riconoscere l'importanza. Fenomeno dovuto ad alterazioni chimiche, chimico-fisiche, colloidali del plasma sanguigno? Plasma che, vettore in condizioni normali ai tessuti e dai tessuti di prodotti anabolici e catabolici, non può quando questi tessuti sono sede di processi morbosi, non risentire le conseguenze di tali pro-

cessi e subire quindi alterazioni nella sua composizione chimica, nel suo stato chimico-fisico?

Sempre in relazione alla composizione chimica ed allo stato chimico-fisico del sangue e precisamente al suo contenuto in proteine, acqua, elettroliti e non elettroliti R. L. Majer ha studiato il punto di coagulazione di esso ed ha con tecnica adatta osservato che in condizioni normali tale punto in genere è costante e propriamente oscilla tra 73°,5 e 75°,5. Determinazioni refrattometriche comparative confermano che tale costanza del punto di coagulazione corrispondeva in genere a contenuto proteico normale. Contenuto proteico subnormale comportava invece un innalzamento del punto di coagulazione ed in un caso a 98° gradi non ancora si era avuta la coagulazione, constatazione questa del resto in accordo con quanto era già noto, che la diluizione di una soluzione proteica, portata oltre un certo limite (1:40) provoca persino inibizione della coagulazione da riscaldamento.

Successivamente G. Rosenow, della Clinica Medica di Konigsberga, applicando il metodo elaborato da Majer per la determinazione della temperatura di coagulazione, ha studiato il comportamento di circa 50 sieri normali e patologici, di cui ha determinato il punto di coagulazione al calore e refrattometricamente il contenuto proteico. Da tali ricerche l'A. ha concluso che a contenuto proteico normale corrisponde punto di coagulazione normale, oscillante cioè tra 73° e 75°, mentre in ammalati in cui il valore refrattometrico era abbassato, cioè minor contenuto proteico nel siero, il punto di coagulazione si innalzava; ciò ha egli osservato in malattie con profonde alterazioni del ricambio idrico e salino, come nella nefrite idropigena. Riporta particolareggiatamente un caso di nefrite cronica ed insufficienza cardiaca molto dimostrativo allo scopo, nel quale cioè si nota un abbastanza perfetto parallelismo tra abbassamento del valore refrattometrico del siero ed innalzamento del punto di coagulazione al calore.

O. Weltmann nel 1930, partendo dal principio già stabilito da Majer, che la capacità di coagulazione del siero è essenzialmente legata ad una quantità minima di elettroliti e che sieri diluiti 40 volte con acqua distillata non più coagulano al calore, neppure se portati a temperature di ebollizione, mentre il fenomeno riappare con l'aggiunta di piccolissime quantità di cloruro di sodio, calcio, magnesio, bario ecc., ha cercato di utilizzare tale fenomeno nel campo clinico a scopo diagnostico e prognostico. Servendosi di soluzioni di cloruro di calce a concentrazioni degradanti, ha stabilito quindi la quantità minima che di questo sale era necessario aggiungere (saturazione elettrolitica) perchè la coagulazione avvenisse. Adoperò allo scopo 10 soluzioni di cloruro di calce degradanti da 0,1 % a 0,1 ‰. A 5 cmc. di ognuna di queste soluzioni, messe in tubi di saggio, aggiungeva cmc. 0,10 di siero in esame (aveva così una diluizione 1:51) e manteneva per 15 m' dette provette a temperatura di ebollizione in un bagno-maria; durante tale periodo le provette erano tenute sempre in movimento. Intercalava inoltre tra la diluizione 0,4 e 0,3 ‰ una a 0,35 ‰, essendo a tali diluizioni il punto più delicato delle ricerche. Indi osservava i tubi in cui era avvenuta la coagulazione con formazione di grumi che andavano in genere a fondo, mentre il liquido soprastante era più o meno limpido, quelli in cui era avvenuta una sedimentazione del coagulato e quelli in cui si era formato solo un intorbidamento uniforme del liquido, senza formazione di grumi, nè sedimento. Giudicò positiva la coagulazione solo nelle prime due serie di tubi, mentre in quelli in cui avveniva solo intorbidamento ritenne assente la coagulazione e negativo l'esito della reazione. E precisamente osservava che nei tubi con più forte concentrazione di cloruro di calce si aveva formazione di grumi, in quelli successivi sedimentazione del coagulato ed infine negli ultimi, con soluzioni di cloruro di calce più diluite, solo intorbidamento (reazione negativa). Nei sieri normali osservò che la coagulazione di solito avveniva, partendo dalle soluzioni più concentrate fino al sesto ed eccezionalmente fino al settimo tubo da saggio (diluizione 0,5-0,4 ‰). A tale serie di tubi o zona di coagulazione dette il nome di banda di coagulazione (Koagulationsband = K B): essa nei sieri normali mostrava valori o estensioni alquanto costanti.

Applicando tale indagine, a cui si è anche dato il nome di reazione o sierocoagulazione di Weltmann, a sieri di epatopazienti giunse alla conclusione che un accorciamento, detto pure deviazione a sinistra della banda di coagulazione si ha in processi infiammatori essudativi, un allungamento o deviazione a destra in processi fibrosi del fegato e che tale reazione è importante come espressione di particolari proprietà delle proteine del siero, indipendentemente dalla loro qualità, dal rapporto albumina-globulina e dalla velocità di sedimentazione degli eritrociti.

A. Scheiderbaur ha praticato numerose ricerche nella II^a Clinica Medica dell'Università

di Vienna sulla siero-coagulazione, secondo la tecnica elaborata da Weltmann, nelle più svariate malattie e mentre in alcune non ha osservato alterazioni della banda di coagulazione (nefrolitiasi, colecistite cronica, arteriosclerosi ,ulcera dello stomaco e del duodeno, carcinoma dello stomaco, morbo di Basedow, tabe dorsale, ecc.) in altre (pneumonite crupale, bronco-pulmonite, ascesso pulmonare, forme essudative della tubercolosi, poliarttrite reumatica acuta) ha notato un accorciamento della banda di coagulazione e talora addirittura mancanza di coagulazione al calore (pneumonite crupale e reumatismo poliarticolare); in altre infine, in cui processi di fibrosi erano in prevalenza, se non esclusivi, la banda di coagulazione presentava un allungamento, es., la cirrosi di Läennec. Importante ancora dalle osservazioni dell'A. appare il comportamento della banda di coagulazione nella tubercolosi polmonare, in cui ha notato un allungamento od accorciamento a seconda della natura fibrosa od essudativa della lesione polmonare. Ben però si comprende come molta cautela si richiede nella sua interpretazione, in quanto la coesistenza di alterazioni fibrose ed essudative e le loro oscillazioni possono diversamente influenzare la reazione. Pur con tale limitazione, l'A. però riconosce il grande aiuto che alla diagnosi qualitativa del processo tubercolare può portare l'impiego nella pratica della sierocoagulazione. Ha studiato anche il comportamento della reazione nell'anemie emolitiche e nell'anemia perniciosa, constatando sempre un allungamento della banda di coagulazione, anche nei periodi di remissione, quando il reperto ematologico non era più sicuramente dimostrativo.

L'A. mette infine in rilievo che in tutti gli stati morbosi in cui la reazione di coagulazione dava valori anormali, la regressione di essi era seguìta più o meno precocemente dal ritorno della reazione nei limiti normali e la persistenza di deviazioni era sicuro indizio della persistenza della causa morbigena e dello stato morboso consecutivo, anche quando la sindrome poteva dare adito ad altro giudizio. Contemporaneamente alla reazione di coagulazione l'A. ha anche studiato il comportamento della velocità di sedimentazione degli eritrociti e d'ordinario ha notato concordanza nei due fenomeni.

Nannini e Davolio Marani, della Clinica Medica di Modena, hanno studiato in 49 infermi di tubercolosi polmonare contemporaneamente il comportamento della siero-coagulazione di Weltmann e della velocità di sedimentazione. Hanno divisi gli ammalati in 3 gruppi, comprendendo nel primo 8 soggetti con lesioni a carattere produttivo, non attivo, stato generale buono, apirettici; nel secondo forme miste produttive-essudative; nel terzo gruppo infine forme conclamate ulcero-caseose, evolutive, febbrili, con espettorato abbondante e bacillifero, stato generale molto decaduto.

In genere i risultati ottenuti dalle due serie di ricerche sono stati concordanti, in quanto nel primo gruppo s'è constatato allungamento o deviazione a destra della banda di coagulazione e velocità di sedimentazione, saggiata col metodo di Linzenmeier, mai inferiore a 60'; nel secondo gruppo la siero-coagulazione avvenne tra 0,6 e 0,5 e la velocità di sedimentazione alquanto accelerata; nel terzo gruppo infine la banda di coagulazione si mostrò decisamente accorciata e la velocità di sedimentazione notevolmente accelerata. Pur nella concordanza dei risultati gli AA. hanno riportato l'impressione che la sierocoagulazione rispecchi meglio lo stato anatomo-patologico della forma morbosa, mentre la velocità di sedimentazione è espressione delle condizioni umorali dell'organismo in dipendenza dell'intossicazione bacillare. Gli AA. in genere che si sono occupati di tale reazione fanno anche rilevare che la sierocoagulazione secondo Weltmann si manifesta più precocemente come espressione particolare della forma morbosa, mentre le modificazioni della velocità di sedimentazione sono alquanto più tardive, onde da taluno si dice che esse « zoppichino » dietro le modificazioni del processo morboso.

Sulla conoscenza di tali risultati ho ritenuto non priva di importanza portare lo studio sul comportamento della sierocoagulazione secondo Weltmann in un discreto numero di pleuritici, che avevo in istudio per altre ragioni. Tale malattia, in cui le alterazioni a carattere essudativo da quelle a carattere fibroso, in linea generale, sono più facilmente e nettamente differenziabili, mi permetteva di meglio stabilire l'importanza diagnostica e l'impiego pratico della reazione in esame, osservare ancora se modificazioni di essa in coincidenza della coesistenza o insorgenza di altre lesioni fossero praticamente utilizzabili per il precoce riconoscimento diagnostico di queste; infine cercare di indagare le cause intime determinanti il fenomeno sulla base delle conoscenze chimico-biologiche più sicuramente acquisite e proprie dei diversi stadî della forma morbosa.

Gli esami furono portati su pleuritici con versamento in atto e quando questo era riassorbito, su soggetti con pleurite secca primiti-

va, su altri infine in cui non erano presenti che esiti di pregressa pleurite. Nella ricerca mi sono attenuto rigorosamentet alla tecnica consigliata dall'A.

Per la esatta comprensione dei risultati premetto che il segno + indica reazione positiva con sedimentazione del coagulato, mentre il segno + + indica reazione positiva con aggrumamento del coagulato sotto il liquido chiaro.

PROTOCOLLO RICERCHE.

N. 1. — Sold. S. A.: P. E. S. tbc. biologicamente accertata.
25-IV-33: Liquido presente ed abbondante. W. 0,008 —. 0,009 +; 0,010 ++.
3-IX-33: Liquido riassorbito e formazione di cultroni pleurici. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 ++.

N. 2. — Sold. V. A.: P. E. S. tbc. biologicamente accertata.
26-VI-33: Liquido presente ed abbondante. W. 0,007 —; 0,008 +; 0,009 +; 0,01 ++.
2-VIII-33: Liquido scomparso. W. 0,001 —; 0,002 +; 0,003 ++.

N. 3. — Sold. B. G.: P. E. D. tbc. biologicamente accertata.
22-VII-33: Liquido presente (6ª costola). W. 0,008 —; 0,009 +; 0,01 ++.
10-IX-33: Liquido riassorbito, sfregamenti pleurici. W. 0,001 —; 0,002 +; 0,003 ++.

N. 4. — Sold. L. P.: P. E. S. tbc. biologicamente accertata.
25-VIII-33: Liquido presente (8ª costola). W. 0,006 —; 0,007 +; 0,008 ++.
19-IX-33: Liquido quasi riassorbito. W. 0,003 —; 0,004 +; 0,005 ++.
29-IX-33: Liquido assorbito. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 ++.

N. 5. — Sold. C. R.: P. E. D. Paratifo B.
24-VIII-33: Liquido presente ma scarso. W. 0,006 —; 0,007 +; 0,008 ++.
28-IX-33: Liquido riassorbito. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 ++.

N. 6. — Sold. T. S.: P. E. D. tbc. biologicamente accertata.
29-VIII-33: Liquido presente a livello 6ª costola. W. 0,006 —; 0,007 +; 0,008 ++.
18-X-33: Liquido riassorbito; si ha ipofonesi da ispessimenti pleurici. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 ++.

N. 7. — All. Uff. G. A.: P. E. D. tbc. biologicamente accertata.
6-IX-33: Liquido pleurico presente. W. 0,006 —; 0,007 +; 0,008 ++.
21-X-33: Liquido riassorbito. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 ++.

N. 8. — Sold. R. P.: P. E. D. tbc. biologicamente accertata.
13-IX-33: Liquido pres. W. 0,006 —; 0,007 +; 0,008 ++.
21-X-33: Liquido riassorbito: ispessimento pleurico. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 ++.

N. 9. — Sold. S. C.: P. secca D. tbc.?
29-IX-33: W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 ++.
18-X-33: Condizioni generali e pleuriche migliorate. W. 0,001 —; 0,002 +; 0,003 ++.

N. 10. — Sold. P A.: Pl. D. esiti.
2-X-33: Sfregamenti base emitorace D.; stato generale buono. W. 0,001 —; 0,002 +; 0,003 ++.

N. 11. — Sold. G. L.: P. secca S.
7-IX-33: Stato generale deficiente. Sfregamenti ed ipofonesi base emitorace sinistro. W. 0,001 —; 0,002 +; 0,003 ++.

N. 12. — Ag. cust. B. A.: P. E. S. e peritonite tbc.; esiti.
9-X-33: Stato generale discreto. W. 0,001 —; 0,002 +; 0,003 ++.

N. 13. — Sold. M. N.: P. purulenta S.; esiti. W. 0,001 —; 0,002 +; 0,003 ++.

N. 14. — Sold. P. I.: P. secca D.
14-X-33: Stato generale buono. Suono smorzato alla base emitorace D.; f. t. v. e respiro fievole. W. 0,003 —; 0,004 +; 0,005 ++.
31-X-33: Ispessimenti pleurici alla base. W. 0,001 —; 0,002 +; 0,003 ++.

N. 15. — Cap.le F. G.: P. E. S. non tbc.
31-X-33: Liquido presente. W. 0,008 —; 0,009 +; 0,01 ++.
18-XI-33: Liquido riassorbito. W. 0,001 —; 0,002 +; 0,003 ++.

N. 16. — Sold. P. E.: P. E. D. tbc. biologicamente accertata.
29-VIII-33: Liquido abbondante. W. 0,008 —; 0,009 +; 0,01 ++.
12-I-34: Liquido quasi riassorbito; stato generale mediocre. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 +; 0,005 ++.

N. 17. — Cap.le B. P.: P. E. D. tbc. biologicamente accertata.
2-IX-33: Liquido presente in discreta quantità. W. 0,007 —; 0,008 +; 0,009 ++.
10-I-34: Liq. riassorbito. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 +; 0,005 ++.

N. 18. — Sold. P. A.: P. secca S. (esiti).
31-I-34: W. 0,001 —; 0,002+; 0,003+; 0,004++.

N. 19. — Car. C. C.: P. E. D. tbc. biologicamente accertata.
18-XI-33: Liquido presente in discreta quantità. W. 0,006 —; 0,007 +; 0,008 +; 0,009 +; 0,01 ++
9-XII-33: Persiste versamento cavo pleurico destro. W. 0,007 —; 0,008 +; 0,009 +; 0,01 ++.
15-I-34: Liquido riassorbito; ipofonesi base emitorace destro. Clinicamente e più radiologicamente segni di lesioni evolutive specifiche a carico del polmone destro. Radiologicamente lesioni specifiche iniziali a carico del polmone sinistro. W. 0,007 —; 0,008 +; 0,009 ++.

N. 20. — Cap.le F. M.: P. E. D. da propagazione da processo infiammatorio pararenale destro ed appendicite.
31-X-33: Liquido siero ematico abbondante. W. 0,007 —; 0,008 +; 0,009 ++.
22-I-34: Liquido pleurico scomparso: ipofonesi base emitorace destro; persiste dolorabilità regione lombare destra. W. 0,003 —; 0,004+; 0,005++.

N. 21. — Sold. B. L.: P. E. D. probabilmente tbc. (a sedimento linfocitario).
29-XII-33: Liquido abbondante. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 +; 0,005 ++.

N. 22. — Sold. R. V.: P. D. (esiti).
22-XI-33: Ipofonesi base emitorace destro e sfregamenti pleurici. W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 +

N. 23. — Sold. B. L.: P. E. D.
26-I-34: Liquido siero ematico scarso a sedimento linfo-eritrocitario.

W. 0,003 —; 0,004 +; 0,005 +; 0,006 ++.
N. 24. — Sold. D. B.: P. E. D. (esiti); m. di Pott.
31-I-34: W. 0,004 —; 0,005 +; 0,006 ++.

N. 25. — All. CC. M. G.: P. E. S. (liquido quasi assorbito).
W. 0,002 —; 0,003 +; 0,004 ++.

N. 26. — Sold. P. C.: P. E. D. (liquido presente in discreta quantità).
W. 0,005 —; 0,006 +; 0,007 ++.

N. 27. — Car. P. A.: P. E. D. (liquido presente in discreta quantità).
W. 0,006 —; 0,007 +; 0,008 ++.

N. 28. — Car. F. L.: P. E. D. (liquido presente ma scarso)
W. 0,004 —; 0,005 +; 0,006 ++

N. 29. — Sold. M. M.: P. E. S. (liquido abbondante).
W. 0,009 —; 0,01 +.

N. 30. — Sold. A. L.: P. E. S. (liquido in discreta quantità).
W. 0,008 —; 0,009 +; 0,01 ++.

I resultati degli esami sopra riportati dimostrano anzitutto con evidenza il comportamento regolare e costante della sierocoagulazione secondo Weltmann in rapporto alle diverse fasi del processo pleurico. Precisando: in rapporto alla fase essudativa di esso noi abbiamo un accorciamento della banda di coagulazione o deviazione a sinistra, mentre, quando il liquido li riassorbe, la banda di coagulazione si allunga o si sposta verso destra. In alcuni degli esempi riportati tale fenomeno si mostra decisamente e con evidenza, in altri, pur essendo chiaro, esso non è così accentuato. Nel caso 4°, in cui si sono praticate 3 reazioni rispettivamente in corrispondenza a tre diverse fasi della malattia, si è potuto mettere in rilievo in modo evidente il parallelismo tra il riassorbimento del liquido e l'allungamento della banda di coagulazione, così che, a liquido riassorbito e quando i fenomeni di fibrosi sono spiccatamente prevalenti su quelli essudativi, la coagulazione del siero avviene a più bassa concentrazione.

Analogamente nelle forme secche di pleuriti, in cui i fenomeni di fibrosi prevalgono sugli essudativi, la banda di coagulazione è sempre marcatamente allungata o deviata a destra, specie quando la forma è in regressione.

Degna di particolare rilievo è l'osservazione 19ª. Riguarda un caso di pleurite essudativa destra biologicamente accertato sia per la dimostrazione di lesioni macroscopiche nella cavia, sia per la dimostrazione microscopica di bacilli tubercolari in ghiandole mesenteriche caseificate. Nel primo periodo della malattia la banda di coagulazione si comporta come nelle altre pleuriti essudative, cioè accorciata o deviata a sinistra; dopo 20 giorni alla diminuzione del liquido pleurico non corrisponde un allungamento della banda di coagulazione, anzi questa di più si accorcia (da 0,007 + a 0,008 +); la temperatura è febbrile. Dopo più di un mese, a liquido riassorbito, la banda di coagulazione si mostra ancora decisamente accorciata (0,008 +).

Intanto l'esame clinico e più quello radiologico rilevano i segni di una lesione polmonare destra specifica a carattere evolutivo non solo, ma l'esame radiologico mette in rilievo ancora i segni di una lesione inziale anche a carico del polmone sinistro.

Anche sull'osservazione 24ª noi constatiamo che la banda di coagulazione nel periodo fibroso della sofferta pleurite essudativa non presenta l'allungamento che di solito osserviamo in altri casi nello stesso periodo, ma si dimostra alquanto accorciata, in dipendenza evidentemente di un altro processo, la lesione tubercolare in atto della colonna vertebrale, che dopo la pleurite si è manifestata.

Questi succintamente sono i risultati dell'indagini praticate e che mi propongo d'indagare ed interpretare nella loro essenza.

Il fenomeno si ricollega al contenuto proteico del siero e propriamente al contenuto di esso in siero-albumina e siero-globulina, in quanto il fibrinogeno col processo di coagulazione è già stato eliminato. Che tale contenuto proteico, sia in sè stesso, sia nel rapporto fra le due frazioni albumina e globulina in processi morbosi debba subire alterazioni può essere facilmente comprensibile, qualora si tenga presente che le sieroproteine non derivano dalle proteine alimentari e non costituiscono il materiale nutritizio dei tessuti. Derivano esse invece dai tessuti, di cui probabilmente rappresentano un prodotto di disgregazione a dispersione crescente, come osserva Rondoni, dal fibrinogeno alle albumine. Ciò ha ricevuto chiara dimostrazione dalle ricerche di Quagliariello, il quale, mediante iniezione endovenosa nel cane di proteine seriche dello stesso animale, ha potuto constatare che esse vengono lentissimamente metabolizzate; non sono ad ogni modo capaci di mantenere il ricambio azotato, non hanno cioè funzione anabolica. Tali ricerche confermano del resto le idee del Bottazzi, secondo il quale le proteine del siero, proteine molto differenziate, sono incapaci a sopperire ai bisogni di azoto dei tessuti.

Derivano quindi le proteine del siero da processi di disintegrazione dei tessuti, processi naturalmente differenti secondo che i tessuti o gruppi di essi sono in condizioni normali o sede di processi morbosi, conseguentemente il contenuto proteico del plasma o del siero si modifica non solo quantitativamente, ma anche qualitativamente, cioè nel rapporto delle diverse frazioni proteiche, con prevalenza delle frazioni più o meno stabili o disperse.

Nelle proteine del sangue umano il rapporto, in genere costante albumine-globuline (4,5 :3,1), con leggera prevalenza della frazione albumine in condizioni normali, può variamente spostarsi in condizioni patologiche. Si ha aumento della frazione globuline, cioè il rapporto abumine-globuline si arrovescia con vantaggio di queste ultime, in tutti gli stati morbosi in cui i processi di disintegrazione cellulare aumentano (inanizione, malattie infettive, processi immunizzanti ecc.); tale aumento è in rapporto con l'aumento della così detta labilità colloidale del siero; essendo le globuline e più il fibrinogeno (quest'ultimo nelle ricerche sul siero non c'interessa) i colloidi plasmatici più idrofobi e più facilmente flocculabili. Non può non tenersi in considerazione d'altra parte che in alcuni processi morbosi, per esempio, secondo Kahn, nei tumori maligni, tale spostamento dei rapporti è dipendente non da aumento delle globuline, ma da diminuzione della frazione albumine, cioè dei colloidi plasmatici più idrofili. Su tale modificazione del rapporto albumine-globuline sono fondate alcune siero-reazioni.

Nozione ancora sicuramente acquisita (ricerche di Oswald e Bechhold) è che nella formazione dei trasudati ed essudati, per l'aumentata permeabilità delle pareti vasali si ha attraverso questo passaggio di proteine proporzionalmente al loro potere di dispersione e precisamente passano prime le siero-albumine, poi le siero-globuline ed in ultimo il fibrinogeno, il cui passaggio è condizionato a notevoli lesioni vascolari. Nei processi flogistici con formazioni di essudati, e nel caso nostro nella pleurite con versamento, per la flogosi dei vasi e conseguente maggiore permeabilità delle pareti di essi, oltre ad un aumento delle proteine in genere nell'essudato troviamo prevalenza della frazione globuline (rapporto albumine : globuline = 1:0,5-2), mentre nei trasudati aumenta la frazione albumine (rapporto 2,5-4:1). Ed è qui opportuno accennare all'opinione generalmente accettata, che la nota reazione di Rivalta, per differenziare un essudato da un trasudato, ha il suo fondamento nel maggior contenuto globulinico dell'essudato. La prevalenza della frazione globulinica nel versamento e nel siero del sangue è evidentemente legata a maggior intensità dei processi di disintegrazione cellulare, che si hanno in ogni processo flogistico-essudativo.

A. V. Domarus, occupandosi della velocità di sedimentazione degli eritrociti, mette in rapporto l'acceleramento di essa con l'aumento della frazione globulinica del siero e ciò ho voluto ricordare in quanto i due fenomeni siero-coagulazione di Weltmann e velocità di sedimentazione vengono così molto verosimilmente ad essere in dipendenza ed espressione di identici fenomeni di alterato rapporto delle proteine del siero, il che trova d'altra parte conferma nel loro comportamento, come dalle ricerche dianzi citate, in genere concordanti. Tale interpretazione è anche giustificata dai risultati degli studi di H. R. Olivier e Sliosberg sulle proteine del siero nel corso della tubercolosi polmonare praticati secondo la tecnica azotometrica di Hove: essi riscontrarono che la frazione albumina s'innalza nelle forme fibrose, mentre nelle forme ulcero-caseose la frazione globulinica, l'elemento labile delle siero-proteine, diventa prevalente.

Conseguentemente nelle affezioni della pleura con prevalenza della fibrosi l'allungamento della banda di coagulazione può molto verosimilmente essere giudicato dipendente da modificazioni di rapporto nelle frazioni proteiche del siero e propriamente una diminuzione della frazione proteica grossolanamente dispersa, cioè delle globuline rispetto alle siero-albumine, che sarebbero prevalenti fino a superare il rapporto, che in condizioni normali si osserva. Lo spostamento quindi della banda di coagulazione verso le soluzioni più diluite, anche più di quelle occorrenti ai sieri normali, può essere messo in rapporto ad un aumento nelle siero-proteine di quella frazione a bassa soglia di dispersione e che di conseguenza comporta una più bassa soglia elettrolitica. È sufficiente quindi l'aggiunta di soluzioni più diluite di cloruro di calce, perchè la coagulazione avvenga. D'altra parte lo spostamento della banda di coagulazione a sinistra, verso cioè le soluzioni più concentrate, dimostrante una diminuzione della capacità coagulante del siero, quale si osserva nei processi a carattere infiammatorio-essudativo ed in cui i processi di disintegrazione cellulare sono più intensi e quindi maggiore dovrebbe essere il contenuto proteico del siero, sembra un'evidente contradizione. Questo però, secondo Nannini e Davolio Marani, è solo apparente, in quanto nella

ricerca che ci occupa la frazione fibronogeno è stata allontanata dal processo di coagulazione e la frazione globulina da quello di precipitazione col cloruro di calce, quindi resterebbero solo le siero-albumine, che sarebbero in così scarsa concentrazione da abbisognare di aggiunta di soluzione più concentrata di cloruro di calce, di un aumento cioè della soglia elettrolitica, altro fattore della coagulazione secondo Majer, onde il fenomeno di coagulazione avvenga. Se la prima parte di tale osservazione può essere anche integralmente accettata, non può restare senza obiezioni la seconda parte, in quanto la precipitazione della frazione globuline deve avvenire anche nelle soluzioni più diluite. Crediamo invece, e ciò appare logica conseguenza di quanto è stato premesso, che la prevalenza della frazione albumine o globuline rispettivamente nei processi a tipo fibroso o infiammatorio-essudativo influenzino essenzialmente il fenomeno nelle sue diverse manifestazioni; ciò in dipendenza del maggiore e minore potere di dispersione delle siero-albumine e delle siero-globuline e quindi del minore o maggiore bisogno di elettroliti, perchè avvenga la coagulazione.

Il Weltmann nello studio della sua banda di coagulazione nelle cirrosi e nelle malattie parenchimatose in genere del fegato, avendo osservato allungamento di essa, cioè un'aumentata coagulabilità delle proteine del siero, pone il quesito se tale fenomeno debba considerarsi come espressione dell'alterazione proteica o mettere in rapporto con la metamorfosi fibrosa. Si domanda quindi: qual'è in ciò la causa e quale l'effetto? Sono le alterazioni delle proteine il fatto primario o sono le diverse alterazioni degli organi che ricopiano diversamente le albumine?

La deviazione a destra della banda di coagulazione in malattie del parenchima epatico, in cui processi di fibrosi non sono dimostrabili ed in malattie caratterizzate da fenomeni di fibrosi in altri organi ed in cui ogni compartecipazione del fegato è da escludere, porta l'autore ad ammettere che molto verosimilmente è il fegato che influenza direttamente la capacità di coagulazione delle proteine.

A tale interpretazione può obiettarsi però che mentre nulla di strano vi è che il fegato, nella sua complessità funzionale, possa assumere anche tale funzione, occorre d'altronde subito ben notare che essa finora non è stata ancora sicuramente dimostrata. Quindi allo stato attuale non credo che l'interpretazione del fenomeno possa essere diversa da come l'ho dianzi prospettata.

A conclusione la reazione della siero-coagulazione secondo Weltmann ha nelle pleuriti, come nelle altre malattie in cui è stata ricercata, importanza pratica diagnostica e prognostica, in quanto oltre a fornirci dati con altre indagini non sempre rilevabili, il suo mancato spostamento verso destra, quando il liquido pleurico è riassorbito, ci fornisce indizi molto preziosi nel senso che c'indica altro processo pleurico non facilmente obiettivabile col solo esame semiologico o richiama l'attenzione del medico sull'inizio ed evoluzione di un processo tubercolare del polmone, che con ulteriori esami si può rilevare, ma che altrimenti sarebbe, in primo tempo almeno, passato inosservato.

RIASSUNTO.

L'A. ha praticata la ricerca della siero-coagulazione secondo Weltmann in 30 pleuritici nelle diverse fasi del processo ed ha notato in corrispondenza alla fase essudativa accorciamento della banda di coagulazione ed in corrispondenza alla fase di riassorbimento e di fibrosi allungamento di essa. Di tale fenomeno prospetta l'interpretazione più probativa.

In 2 casi la deviazione da tale comportamento era in rapporto in uno alla coesistenza di lesioni evolutive specifiche del pulmone omolaterale ed iniziali nel controlatero, nell'altro al manifestarsi in seguito alla pleurite di una lesione tubercolare ossea.

Rileva infine l'importanza pratica (diagnostica e prognostica) della reazione studiata.

BIBLIOGRAFIA.

A. V. DOMARUS. *Die Bedeutung der Senkungsreaktion für die Klinik.* Deutsche medizinische Wochenschrift, 1928, n. 44.

R. L. MAYER. *Ueber den Hitzekoagulationspunkt des Blutserums unde seine Schwankungen.* Klinische Wochenschrift, 1922, n. 34.

G. NANNINI e B. DAVOLIO MARANI. *La sierocoagulazione di Weltmann sulla tubercolosi polmonare nei confronti con la velocità di sedimentazione delle emazie.* Riv. di patologia e clinica della tubercolosi, 1932, pag. 512.

H. R. OLIVIER et SLIOSBERG. *Etudes des proteines du sèrum au cours de la tubercolose pulmonaire.* Revue de la tubercolose, 1931, n. 1.

P. RONDONI. *Elementi di biochimica.* III. Ediz., 1931, Utet.

G. ROSENOW. *Ueber die klinische Verwertbarkeit der Serumhitzekoagulation.* Klinische Woch., 1922, n. 34.

A. SCHNEIDERBAUR, *Das Koagulationsband nach Weltmann und seine Stellung in der Klinik.* Wiener klinische Wochenschrift, 1933, n. 13.

FR. P. TROST, SCHERLEITNER. *Verein der Aerzte in Oberösterreich.* Sitzung vom 13-I-1932. Ibid., 1932.

O. WELTMANN. *Zur Leberpathologie.* Ibid., 1930, n. 43.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DI S. GIOVANNI DI DIO IN FIRENZE.

Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica post-operatoria.

Prof. GIOVANNI CAVINA, chirurgo-direttore.

Una delle complicanze più temibili e più dolorose dopo ogni intervento sullo stomaco è pur sempre rappresentata dalla comparsa di una emorragia improvvisa, sotto forma di ematemesi o di melena più o meno profuse. Per buona sorte l'incidente è raro a verificarsi, ma purtroppo non è eccezionale. Talora l'emorragia può assumere una tale gravità da mettere in serio ed anche irreparabile pericolo la vita dell'operato, nello spazio di poche ore dall'intervento cui fu sottoposto. I molteplici mezzi escogitati al fine di combattere il funesto incidente, riescono molto spesso insufficienti allo scopo o addirittura inefficaci. Nè il sondaggio gastrico seguito da lavande con acqua pura o con soluzioni molto diluite di nitrato d'argento, nè la trasfusione sanguigna, nè le iniezioni di sostanze anti-coagulanti valgono a dominare gli eventi, ad evitare la catastrofe. D'altra parte, il reintervento è dalla maggioranza dei chirurghi sconsigliato, trattandosi di soggetti dissanguati, incapaci di sopportare un nuovo atto operatorio e lo *choc* inevitabile da questo dipendente.

Data pertanto l'insufficienza dei mezzi terapeutici ora ricordati, giustamente tutti gli AA. insistono sulla necessità di prevenire e di scongiurare la malaugurata complicazione mediante oculate misure precauzionali intraoperatorie. Occorre tener presente che l'emorragia di solito proviene dal taglio della parete gastrica e in modo speciale dai piccoli vasi arteriosi e venosi decorrenti nello spessore della tonaca sottomucosa, mentre l'incisione dell'intestino, purchè sia praticata nella sede giusta, non dà mai un'emorragia inquietante, tale da destare serie preoccupazioni. Orbene, per alcuni chirurghi il compito dell'emostasi va affidato unicamente alla *sutura anastomotica*, che deve essere eseguita con grande cura, preferibilmente a sopraggitto, a due o tre strati sì da riuscire serrata, ermetica, occlu-

FIG. 1. — Gastrodigiunostomia

siva. Altri raccomandano di non usare i *gastrostati*, i quali impedirebbero la visione dei vasi sanguinanti e la loro allacciatura prima di procedere alla sutura anastomotica. Altri ancora, pur servendosi dei compressori, consigliano di incidere la parete gastrica con il *termocauterio* oppure con il *bisturi elettrico*. Quest'ultimo strumento è stato da noi pure impiegato in un ragguardevole numero di interventi gastrici nel corso del 1930, ma l'entusiasmo che ci animava sul principio, per la verità andò man mano scemando perchè su qualche tempo, ci siamo vieppiù convinti della necessità di ricorrere sistematicamente all'emostasi preventiva dei vasellini gastrici mediante quel geniale artificio di tecnica preconizzato dal v. Haberer fin dal 1923 (1) e sul quale forse non si è ancora sufficientemente insistito presso di noi.

Il procedimento del v. Haberer è di esecuzione tecnica assai semplice: mediante incisione lineare della sierosa e della muscolare dello stomaco si scopre la sottomucosa, si mettono bene a nudo i vasi in essa decorrenti,

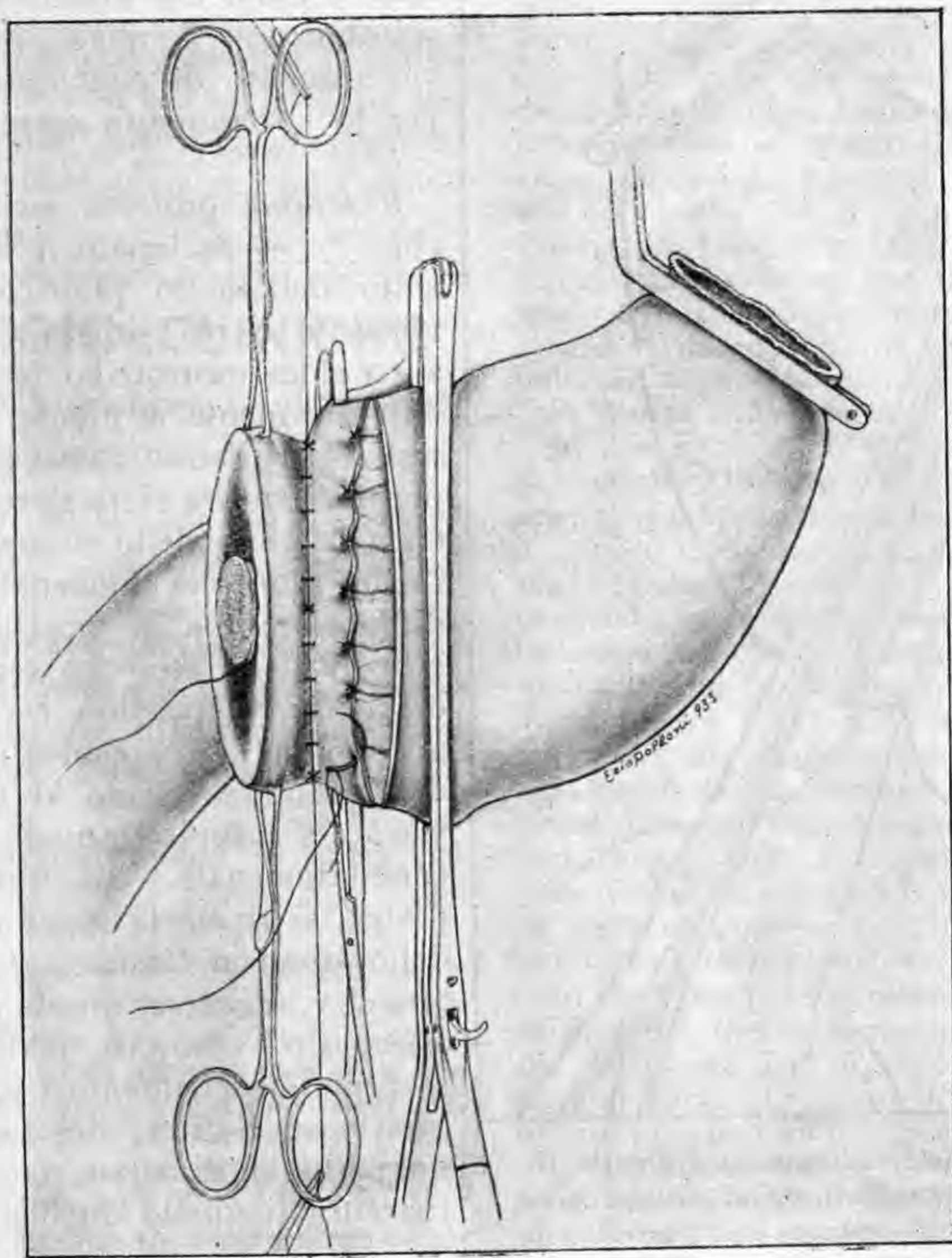



FIG. 2. — Resezione gastrica secondo Péan-Billroth I, variante von Haberer.

una cinquantina circa di casi in cui ricorremmo alla dieresi elettrica, purtroppo in due assistemmo ad una ematemesi post-operatoria gravissima, per fortuna non mortale. Del resto, che l'elettrobisturi non sia in grado di arrestare in modo definitivo l'emorragia dei vasi di un certo calibro è un fatto ammesso, oggi, anche dai più ferventi sostenitori del metodo.

Secondo la nostra esperienza, nessuno degli espedienti precedentemente menzionati è in grado di dare quella garanzia perentoria, di cui va in cerca il chirurgo. Ecco perchè, da poscia si trasfiggono con un ago sottile rotondo e si allacciano frazionatamente con seta o con catgut (« Gefässumstechungen in der Submucosa des Magens »).

Tale processo è utile, secondo noi, non solo nella resezione gastro-duodenale eseguita sia con il processo Péan-Billroth I sia con quello Billroth II, ma anche nella gastrodigiunostomia, inquantochè purtroppo anche in quest'ultimo intervento possono talora verificarsi emorragie gravi o gravissime, anzi talora più

(1) Abh. Verdauungskrakh., 1923, VIII, H. 7.

temibili che nella gastrectomia, dove l'allacciatura sistematica dei tronchi vascolari principali nella loro sede di elezione può limitare la portata di un'eventuale gastrorragia postoperatoria.

Tre figure schematiche che ho fatto appositamente disegnare, serviranno a far comprendere la tecnica in parola per chi ancora non la conosce.

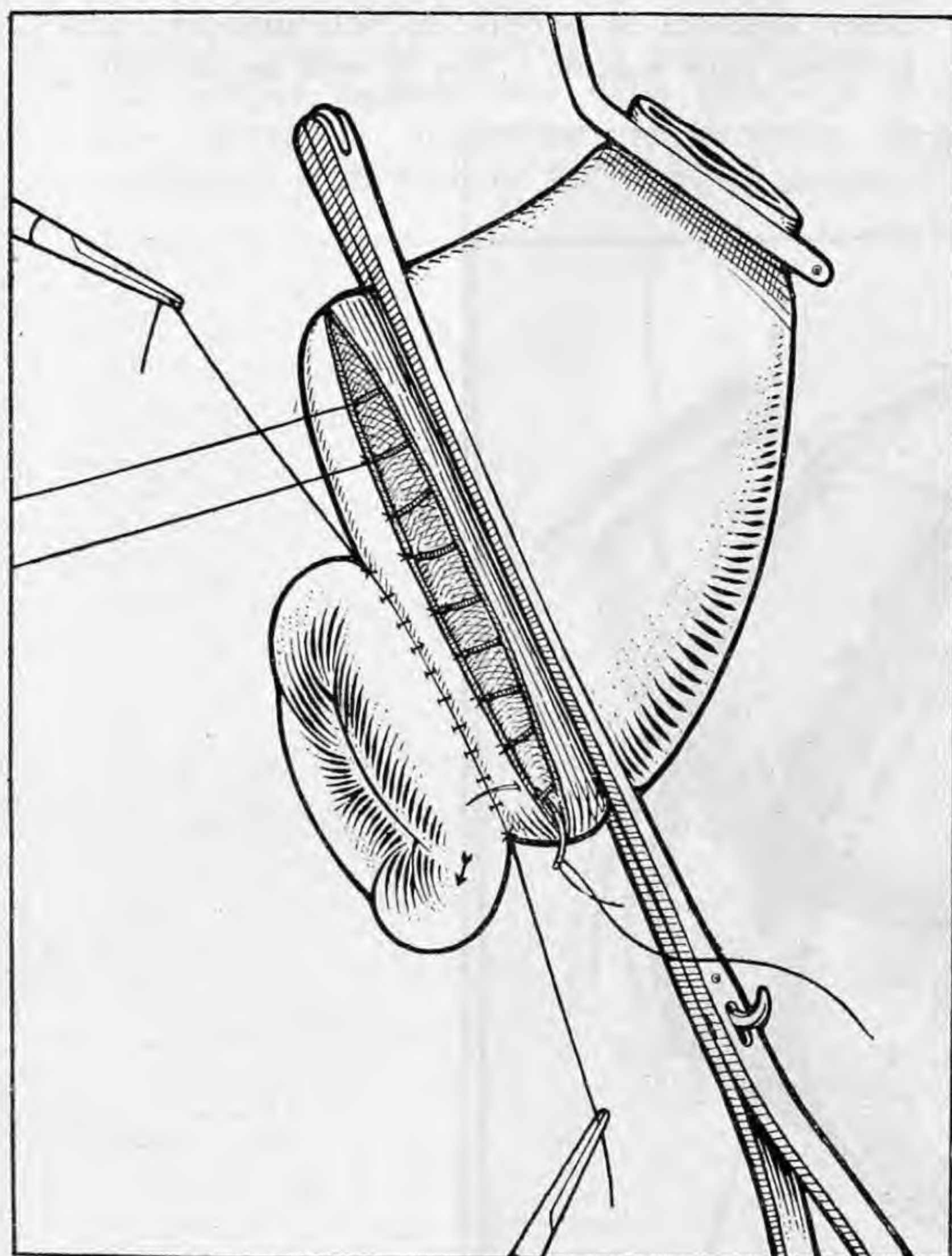



FIG. 3. — Resezione gastrica secondo Billroth II, variante orale inferiore Hofmeister-Finsterer.

Gastrodigiunostomia (fig. 1). — Incisione lineare a piccoli colpi di bisturì della sierosa e della muscolare per l'abituale lunghezza di 6-8 cm. Le due tonache si retraggono spontaneamente, lasciando scoperta la sotto-mucosa per un tratto che raggiunge la larghezza di ½ cm. e più. I vasellini arteriosi e venosi della sottomucosa si rendono bene evidenti e possono essere facilmente allacciati con un ago curvo montato con catgut sottile. Tali allacciature vanno praticate da un lato e dall'altro dell'incisione, rispettivamente sui due margini che verranno poi suturati all'intestino, dopo l'apertura della mucosa gastrica. Nelle singole allacciature è bene comprendere anche il bordo della siero-muscolare, sia perchè l'allacciatura riesce in tal guisa più solida, sia perchè la riunione così ottenuta di tutti gli strati della parete gastrica permetterà poi un affrontamento più perfetto nell'esecuzione della sutura totale anastomotica. Nelle singole allacciature l'ago, in realtà, penetra nell'interno della cavità gastrica e quindi può inquinarsi con il contenuto eventualmente settico dello stomaco, ma l'esperienza dimostra che questo inconveniente riveste ben scarso valore pratico. Anche la possibile perforazione delle tonache interne sotto i colpi del bisturi nella dissezione della sottomucosa è quasi senza importanza; lo spandimento di contenuto gastrico è minimo per lo sbarramento esercitato dal gastrostato.

Resezione gastrica secondo Péan-Billroth I (fig. 2). — Sezionato il duodeno subito al disotto dell'anello pilorico, lo stomaco viene ribattuto verso sinistra. Un gastrostato elastico e un gastrotribo (*écraseur*) sono piazzati rispettivamente a monte e a valle della sede scelta per l'anastomosi gastroduodenale. Con punti di sutura siero-sierosa si riunisce la faccia posteriore dello stomaco a quella posteriore del moncone duodenale. Si incidono quindi la sierosa e la muscolare sulla faccia *posteriore* dello stomaco secondo la tecnica già descritta: allacciatura per trasfissione limitata ai vasellini corrispondenti al labbro superiore dell'incisione (vicino al gastrostato), il quale verrà poi suturato a quello posteriore del moncone duodenale. Ribattuto lo stomaco verso destra, si ripete la stessa cosa sull'altra faccia dello stomaco (faccia *anteriore*). Come fa notare il v. Haberer, queste allacciature, oltre ad assicurare l'emostasi, permettono di restringere per affardellamento l'apertura del moncone gastrico (« Raffung des Lumens ») e consentono pertanto di adattarla al calibro assai più ristretto di quello duodenale.

Resezione gastrica secondo Billroth II (figura 3). — Di preferenza noi eseguiamo la variante orale inferiore retrocolica *secundum* Hofmeister-Finsterer, che abbiamo già descritto ampiamente in una nostra recente pubblicazione (1). Anche qui, applicati il gastrostato e l'*écraseur* rispettivamente a monte e a valle del punto scelto per la sezione gastrica, attaccata l'ansa digiunale alla faccia posteriore del ventricolo mediante il solito sopraggitto siero-sieroso, si incidono con il bisturi la tonaca sierosa e muscolare alla distanza di circa mezzo

(1) G. CAVINA. *Tecnica della resezione gastrica.* Bologna, Cappelli, ed., 1932.

centimetro da quello, si isola la sottomucosa e si procede all'allacciatura dei vasi con lo stesso procedimento già illustrato, prima sulla faccia *posteriore*, poi su quella *anteriore* dello stomaco.

I buoni risultati ottenuti ci autorizzano a consigliare ai Colleghi questo accorgimento di tecnica semplice e razionale, ma di notevole importanza pratica, sul quale forse non è stata finora richiamata presso di noi una adeguata attenzione.

RIASSUNTO.

Descrive la tecnica preconizzata dal v. Haberer per una sicura emostasi nel taglio della parete gastrica sia nella gastro-digiunostomia, sia nella resezione: allacciatura per trasfissione dei vasi sottomucosi.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Su di un caso di echinococcosi dei muscoli della regione lombare

per il dott. BIAGIO PICARDI,
Chirurgo dell'Ospedale di Sarnano (Macerata).

È capitato alla mia osservazione un caso che mi sembra interessante riferire perchè può dar luogo ad alcune riflessioni sul meccanismo patogenetico delle cisti da echinococco.

Riferisco anzitutto brevemente la storia del malato:

C. F., di anni 54, agricoltore. Padre morto all'età di 40 anni per apoplessia. Madre morta all'età di 54 anni anch'essa per apoplessia.

Nell'infanzia il paz. soffrì di una malattia che si sarebbe manifestata con tumefazione degli arti inferiori e dell'addome.

Circa 30 anni or sono artrite acuta febbrile di un ginocchio.

Nei decenni scorsi ha subito vari traumi, specialmente cadute da cavallo. Nell'estate del 1930, mentre montava a cavallo, fu colpito da un violento dolore in corrispondenza della regione lombare sinistra e specialmente della porzione inferiore di essa, dolore che durò alcuni giorni.

Dopo alcuni mesi (3-4) si accorse che precisamente nella parte inferiore della regione lombare sinistra esisteva una tumefazione — indolente — della grandezza di un piccolo limone.

Nel maggio 1931 fu operato, e all'atto operativo fu riconosciuto che il tumore era dovuto a due cisti da echinococco, che furono asportate.

Nell'estate del 1932 il paz. cominciò ad avvertire dolori alla faccia esterna della natica e della porzione superiore della coscia sinistra. Tali dolori persistono ancora. Spesso parestesie nelle stesse regioni.

Nel maggio 1933 si accorse di una tumefazione in corrispondenza della parte alta della regione lombare sinistra. Non dolori. Nell'agosto 1933 si manifestò — inferiormente a questa — una nuova tumefazione.

Il paz. è in buone condizioni di nutrizione. Costituzione robusta. Pannicolo adiposo abbastanza sviluppato. La tumefazione più alta — che si estende fin sulle ultime costole e che medialmente si avvicina molto alla linea mediana — si presenta della grandezza di mezzo cedro, a superficie uniforme, di consistenza duro-elastica. La cute è spostabile sulla tumefazione, di cui non si riesce ad apprezzare i rapporti coi piani più profondi, poichè la tumefazione in parola va degradando insensibilmente verso le parti circostanti. Inferiormente ad essa si nota un altro tumore — della grandezza di un grosso uovo di pollo — all'altezza della 3ª-4ª vertebra lombare. Questo tumore, che presenta gli stessi caratteri del primo, sembra indipendente da esso. Ancora inferiormente — quasi all'altezza della articolazione sacroiliaca sinistra — si nota la cicatrice dell'operazione che il paz. ha subita nel 1931. Queste le condizioni riscontrate nel novembre 1933. Il paz. riferisce che il tumore più alto — il quale era rimasto per lo innanzi silenzioso — da alcune settimane dà una sensazione di stiramento doloroso. Non febbre, nè orticaria mai.

Si decide l'intervento.

20 novembre 1933: Operazione: Anestesia locale novocainica. Incisione longitudinale, parallela alle apofisi spinose e discosta quattro dita dalla linea di queste, nella regione lombare sinistra, sormontante le due tumefazioni. Incisa l'aponeurosi superficiale in corrispondenza del tumore più alto, la massa muscolare fa ernia attraverso l'incisione. Si sbrigliano le fibre muscolari secondo la loro direzione e si raggiunge così una tumefazione elastica, che alla puntura esplorativa dà esito a pus.

Si incide la tumefazione e si svuota del pus, insieme al quale vengono eliminate delle cisti figlie ben riconoscibili. Si asporta la membrana propria della cisti. A fianco a questa prima cisti se ne asporta una seconda, anch'essa suppurata, e poi una terza contenente liquido limpido.

In tutte tre le cisti prima dell'incisione si inietta formolo al 2 % in quantità di tre-quattro cc. per ogni cisti. Le tre cavità pericistiche si drenano con garza. La cavità maggiore ha la capacità di un piccolo limone.

Le tre cavità fibrose — per quanto accollate — sono indipendenti l'una dall'altra. Sutura subtotale. Guarigione rapida.

Data la presenza del pus si rinvia ad un secondo tempo il trattamento della tumefazione più bassa, che si aggredisce il 13 gennaio 1934.

Operazione: Anestesia locale novocainica. Incisione longitudinale in parte condotta sulla cicatrice dell'operazione precedente. Incisa la fascia lombo-dorsale si trova — ricoperta da fibre muscolari — una cisti della grandezza approssimativa di un mandarino. Puntura esplorativa: liquido limpido.

Formolizzazione. Asportazione della membrana propria. Palpando profondamente, attraverso la cavità del pericistio, si ha l'impressione di sentire un'altra cisti. La puntura esplorativa dà esito anche qui a liquido limpido. Formolizzazione. Si asporta anche questa seconda cisti, che presenta gli stessi caratteri delle altre. Lascio fin nel pericistio più profondo una striscia di garza.

L'esplorazione esterna e quella praticata duran-

te gli interventi non dimostra la presenza di altre cisti nelle vicinanze.

Non è presumibile la presenza di altre cisti negli organi interni. Il fegato è nei limiti: non disturbi subbiettivi nè segni di insufficenza di esso.

Nulla a carico dei polmoni, che all'esame radiologico mostrano il campo chiaro, indenne da lesioni.

La fioritura di queste cisti nella massa muscolare della regione lombare sinistra, e più precisamente nella massa comune sacrospinale, e la mancanza di sintomi che possano far sospettare la presenza di cisti in altre sedi, mi ha colpito, in primo luogo per la localizzazione — che non è certo delle più frequenti — e poi per questa speciale predilezione della malattia per la massa muscolare dei lombi.

Per ordine di frequenza le cisti da echinococco si riscontrano in primo luogo nel fegato, poi nel peritoneo, nei polmoni, nell'apparato genitale della donna, nei reni, nella milza, nel cervello, e affatto eccezionalmente nel cuore, nei vasi, nei muscoli, nel midollo spinale.

« L'echinococco dei muscoli è rarissimo. La sede di predilezione è il dorso, poi le cosce (lato interno), collo ed estremità superiori. Gli echinococchi si trovano in maggioranza nei muscoli vicini all'addome. Si ritiene che essi passino dalla parete intestinale al tessuto retroperitoneale e di qui nelle pareti vasali e lungo esse alla periferia. In altri casi il trasporto avverrebbe per via ematogena »: così si esprime il Kaufmann.

Nel caso che sto esaminando, la localizzazione esclusiva nella regione lombare sinistra di questa che mi pare si possa a ragione dire un'echinococcosi dei muscoli, mi richiama alla mente la predilezione che avrebbero gli emboli per il rene sinistro in rispetto a quello destro. Questo fatto (Kaufmann) sarebbe dovuto al diverso angolo con cui le due arterie renali si distaccano dall'aorta.

Gli embrioni esacanti che si liberano (dopo la scomparsa della cuticola dell'oosfera per opera dei succhi digerenti) nell'intestino (essendo la via dell'intestino l'unica accettata da tutti gli AA.) e che sono costituiti da una massa gelatinosa, ovoide, lunga appena 25 micron, possono, o attraverso il sistema della porta e poi delle vene sovraepatiche, o attraverso i vasi chiliferi e il dotto toracico, raggiungere le vene cave e di qui il cuore. Superato il circolo polmonare possono venire scagliati in giro con la grande circolazione.

Se tra le due arterie renali disposizioni anatomiche fanno sì che un corpo trasportato dalla corrente sanguigna possa imboccare con relativa facilità la renale sinistra, non è difficile spiegare con le disposizioni anatomiche come il parassita abbia potuto raggiungere per via ematica i muscoli della regione lombare sinistra. In fatti, fra le arterie che giungono alla capsula adiposa del rene le più numerose, che si designano sotto il nome generico di *arterie capsuloadipose*, provengono dalla renale in due modi: anzitutto sono numerosi rami che originatisi dalle prime divisioni dell'arteria renale in corrispondenza dell'ilo, vanno gli uni sulla faccia anteriore del rene, gli altri sulla sua faccia posteriore: in secondo luogo sono le divisioni terminali delle arterie interlobulari le quali, col nome di *perforanti*, attraversano dall'indentro all'infuori la capsula propria del rene per terminare nella capsula adiposa (Testut). Passando poi dal sistema arterioso al sistema venoso, si sa che le vene capsuloadipose si immettono nelle vene parietali della regione lombare, le quali sono in rapporto in alto colle azygos, e in basso con le vene del bacino; inoltre esse comunicano posteriormente con la rete venosa sottocutanea mediante *numerose ed ampie anastomosi* che attraversano il muscolo quadrato dei lombi o ne circondano il margine esterno (Testut).

Ammessa la possibilità che i parassiti abbiano raggiunto per via ematica i muscoli della regione lombare sinistra con una relativa facilità, resta a considerare perchè gli echinococchi si siano sviluppati in gran numero e soltanto in detta regione: bisognerebbe ammettere o che gli embrioni infettanti siano stati trasportati tutti nella zona colpita, oppure — e ciò mi sembra più logico — che la detta zona muscolare abbia rappresentato per essi un terreno più favorevole di sviluppo. Il paz. racconta che — essendo egli un proprietario di campagna — ha scorrazzato spesso a cavallo e che varie volte negli anni andati ha riportato traumi cadendo da cavallo, o anche scivolando in fossi, ecc. Con maggiore precisione racconta che nell'estate del 1930, cioè pochi mesi prima che notasse la presenza della prima tumefazione, mentre saltava a cavallo — evidentemente per un movimento troppo brusco — avvertì un violento dolore precisamente alla regione lombare sinistra. Da questo mi pare che il fattore trauma — che nel caso nostro si sarebbe esplicato verosimilmente determinando distrazione muscolare — abbia potuto trasformare la zona muscolare in parola in un *locus minoris resistentiae* costituendo così un terreno favorevole all'attecchimento e allo sviluppo del parassita.

Per spiegare la molteplicità delle cisti — oltre alla molteplicità degli embrioni infet-

tanti, oltre alla possibilità della formazione di cisti figlie esogene attorno ad una cisti primitiva e allo sviluppo di esse indipendentemente dalla prima cisti — si potrebbe pensare anche che il trauma abbia potuto contribuire alla disseminazione degli echinococchi nella massa muscolare, determinandosi, ad es., per una violenta contrazione di essa, la rottura di una cisti con disseminazione degli scolici tra i fasci muscolari e consecutivo sviluppo degli scolici stessi in nuove cisti.

RIASSUNTO.

Esposto un caso di echinococcosi dei muscoli della reg. lombare Sin., l'A. studia le possibilità patogenetiche circa la via seguita dal parassita e le ragioni dell'attecchimento nella zona colpita fra le quali risalta come fattore principale il trauma.

BIBLIOGRAFIA.

E. KAUFMANN. *Anatomia patologica speciale*. Traduzione Vallardi, Milano, 1925-1928.
R. ALESSANDRI, *Manuale di chirurgia*. Pozzi, Roma, 1933.
TESTUT. *Anatomia umana*. Traduzione. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1921.
BÉGOUIN. *Précis de pathologie chirurgicale*. Masson, 1928.
A. MARTINET. *Diagnostic clinique*. Masson, 1922.
KUTTNER-LANDOIS. Deutsche Chir., 25, a. 1913.

TRIBUNA LIBERA

"Sulla pretesa azione peristaltogena dell'argento colloidale introdotto in cavità peritoneale".

Signor Direttore del « Policlinico »,

Ho letto l'interessante articolo che l'amico e collega Romeo Galli ha pubblicato, nel N. 10, su tale argomento. Per la sua altissima portata pratica (in quanto tutti i chirurghi temono massimamente quelle terribili paralisi intestinali postoperatorie, la cui genesi è ancora così oscura e davanti alle quali, con tutto l'armamentario terapeutico che possediamo, ci troviamo pressochè disarmati), esso merita ampia discussione, in quanto ogni nozione sicuramente acquisita su tale argomento può salvar la vita a pazienti già condannati; mi si consenta perciò di esporre alcune mie osservazioni sulla questione, e Le sarò grato se vorrà pubblicarle.

Non sono un fanatico del metodo Solieri, dell'introduzione di argento colloidale nella cavità peritoneale. Pure parecchie volte l'ho usato e, debbo confessarlo, con risultato apparentemente buono in quanto ho notato dei decorsi postoperatori singolarmente attenuati in malati nei quali si poteva temere il contrario. Ma naturalmente a tali osservazioni manca la controprova, in quanto non si può sapere come sarebbero andate le cose senza l'introduzione del liquido. Comunque in tali ammalati, se ben ricordo, mai ho potuto notare degli ilei paralitici invincibili. Nello stesso tempo mai ho notato peristalsi intestinali molto accentuate, da attribuirsi al liquido introdotto. In ciò le mie osservazioni concordano con quelle del Galli.

Ma vi è un'altra cosa che io ho osservato, per quanto in un numero di casi ancora insufficiente per trarne conclusioni (una trentina), e cioè che l'argento colloidale esercita una azione peristaltogena e nettamente demeteorizzante (mi si passi il neologismo) anche se introdotto per via parenterale e in dosi non eccessivamente elevate (10 cmc.).

La prima osservazione del genere accadde per caso. In un appendicitico con lieve reazione peritoneale, a cui in quarta giornata avevo tolto definitivamente un piccolo zaffo messo più per scrupolo che per altro, insorse in quinta giornata meteorismo, e poi via via i segni della paresi intestinale. In lui non avevo introdotto l'argento nel peritoneo. Tentai tutti i soliti presidii del caso, inutilmente. Per ultimo, disperato, non sapendo che fare, feci fare una iniezione di 10 cmc. di Electrargol, sperando in una azione antiflogistica (perchè io son persuaso della natura tossinica di tali paresi). Fatta di sera l'iniezione, al mattino ebbi la gradevole sorpresa di trovare l'addome sgonfio e il malato salvo.

Da quella volta, al menomo accenno di meteorismo postoperatorio, o anche di vomito, singhiozzo, ecc., cioè di irritazione peritoneale, faccio fare una iniezione di argento colloidale. In qualche caso ho usato anche il rodio, ma mi sembra che i risultati siano inferiori. In genere basta una iniezione a far scomparire i sintomi minacciosi, ma qualche volta faccio fare una iniezione quotidiana per parecchi giorni.

Senza voler essere assolutista e data anche la scarsità delle osservazioni, credo di poter affermare che l'effetto dell'iniezione sui fenomeni suddetti è ottimo. Non si nota affatto peristalsi disordinata, spasmi, diarrea o altro. Anzi i fenomeni conseguenti sono molto blandi e poco appariscenti. Per lo più la cosa che più colpisce è lo stato di calma che succede in questi malati allo stato di smania che precedeva. Emettono gas, e lo stato generale migliora.

Come si vede le mie osservazioni son di tutt'altra natura da quelle del Galli. Pure ho la convinzione che l'origine di entrambe sia la stessa. E pure credendo anch'io che l'azione dell'argento sia soprattutto sulla flogosi peritoneale e sullo stato tossico che ne deriva, penso che il Galli sia troppo assolutista negando ogni azione peristaltica al colloide. Se la paresi è una difesa (eccessiva talvolta) contro il propagarsi dell'infezione peritoneale, è probabile che l'azione dell'argento sia siner-

gica sul fatto tossico e sulla paralisi intestinale che ne deriva.

Ad ogni modo, se si potesse dimostrare che i metalli colloidali e specialmente l'argento, qualunque sia la via di introduzione e qualunque sia il meccanismo, producano un così benefico effetto, credo che la discussione avrebbe raggiunto il suo scopo.

Ringraziando dell'ospitalità, distintamente La riverisco.

Portosangiorgio, 12-III-1934.

Dott. CARLO DAL PRATO
Chirurgo Primario.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

L'etiologia degli spasmi vasali silviani.

(H. ROGER e P. SARRADON. *Presse Médicale*, 10 febbraio 1934).

Abbiamo già riassunto (v. *Policlinico* - Sezione Pratica, 1934, n. 7) un articolo sulla clinica degli spasmi vasali silviani elaborato dagli stessi AA.,che ora si occupano dell'etiologia di tali disordini.

L'esistenza delle crisi vasali encefaliche è stata per lungo tempo negata basandosi da una parte sull'assenza di fibre vasomotorie nelle arterie cerebrali, e dall'altra parte sui risultati negativi delle esperienze instituite per determinare spasmi delle stesse arterie mediante sostanze farmacodinamiche.

Ma le ricerche recenti (Stöhr, Clarke, Wilder, Penfield) hanno nettamente dimostrata la presenza d'innervazione vasomotoria delle arterie cerebrali.

L'eccitabilità di queste fibre vasomotorie è meno intensa di quella dei vasi retinici, ma non per questo è inesistente. Se l'adrenalina dà effetti contraddittori (secondo alcuni non dà reazione, e secondo altri provoca vasocostrizione e secondo altri ancora vasodilatazione) sta di fatto che alcune sostanze applicate direttamente (istamina, acetilcolina, ergotamina, stricnina) ed altre assorbite per inalazione (nitrito d'amile, benzoato di benzile, acido carbonico) provocano vasodilatazione, mentre l'estratto ipofisario provoca vasocostrizione.

Comunque, quali che siano i dati anatomici e sperimentali, sta di fatto che la contrattilità dei vasi cerebrali è clinicamente accertata. Gli angiospasmi cerebrali hanno acquistato in patologia un vero diritto di cittadinanza.

Le crisi vasali della silviana possono incontrarsi nel corso di stati morbosi diversi: 1) sindromi di lesioni organiche del cervello, generalmente arteriti; 2) processi irritanti un'arteria (meningiti, tumori); 3) condizioni generali, per lo più tossiche senza apprezzabili alterazioni del cervello e di altri organi.

Le *arteriti cerebrali* sono tra le cause più frequenti degli spasmi vasali silviani.

Le lesioni ateromatose consentono ancora un afflusso sanguigno tale da non disturbare le funzioni nervose. Ma basta uno spasmo di queste arterie già lese perchè la circolazione s'interrompa momentaneamente, donde i sintomi di emidisestesia, d'emiparesi, di afasia. Quando la vasocostrizione cessa l'irrigazione torna normale e la sindrome allarmante scompare fino a quando un nuovo spasmo sopravviene su un'arteria ancora più alterata e lascia quindi più traccie di deficit. Talvolta lo spasmo avviene quando la circolazione è di già deficiente a causa della lesione arteriosa, si produce allora un arresto improvviso e persistente dell'afflusso del sangue, un rammollimento bianco e con questo la produzione di dissesti sensitivi e motori permanenti.

Wesphall, Bär e Böhm ritengono che l'emorragia cerebrale sia inizialmente dovuta ad uno spasmo vasale. Quando questo scompare le piccole arterie con pareti già lese e più ancora alterate dall'improvvisa cessazione del flusso di sangue, si rompono sotto l'azione del ritorno dell'onda sanguigna, donde l'emorragia.

Tuttavia la teoria degli spasmi vasali nella patogenesi dei rammollimenti bianchi e delle emorragie cerebrali non deve essere esclusiva. Talvolta è in giuoco la caduta più o meno brusca della pressione sanguigna, come è stato constatato in alcune insufficienze cardiache ed a seguito di abbondanti emorragie.

Per le emiplegie e le afasie transitorie dei cardiaci si può avere una triplice origine: spasmi vasali, piccole embolie, caduta improvvisa della pressione.

Le *meningiti*, specie tubercolari e melitococciche, possono essere causa di spasmi vasali silviani con i conseguenti disturbi transitori sensitivi e motori. Il fatto si spiega tenendo conto che la sierosa è in stretto contatto con i vasi, e che le sue lesioni possono irritarsi provocando crisi vasocostrittive.

Nei *tumori cerebrali*, a parte i disordini dovuti alla distruzione ed all'eccitazione diretta del tessuto cerebrale, si possono avere monoparesi ed emiplegie transitorie, accessi di epilessia jacksoniana determinate da spasmi di un'arteria compressa o invasa dal processo neoplastico.

A seguito di *traumi cefalici* possono presentarsi più o meno a distanza crisi di emicrania accompagnate da parestesie brachio-facciali alternantisi a crisi epilettiche, che Christiansen rapporta a crisi vasocostrittive della silviana.

Secondo Arnaud gli spasmi vasali hanno grande importanza nello shock post-operatorio che segue agli interventi sul sistema nervoso centrale.

Infine dopo una commozione cerebrale si può avere a distanza di tempo più o meno lunga una nuova perdita di coscienza seguita da emiplegia.

Questa apoplessia tardiva è stata da Auvray, Richer e Neubürger attribuita a spasmi vasali consecutivi all'irritazione provocata dal trauma.

Le *crisi vasali silviane di origine autotossica* possono verificarsi nel corso di condizioni diverse.

Nel corso del diabete sono state constatate emiplegie ed afasie transitorie che verisimilmente devono mettersi in conto di crisi silviane prodotte dal fattore discrasico combinato a leggeri processi d'arterite cerebrale.

Le paralisi uremiche sono verisimilmente dovute a spasmi vasali che negli stessi pazienti provocherebbero il dito morto, la dispnea, la crisi ipertensiva.

Le emiplegie e le afasie transitorie delle puerpere possono mettersi in conto di emboli dovuti a flebiti latenti, come a spasmi vasali determinati da modificazioni umorali così facili dopo il parto.

Gli *spasmi vasali primitivi o essenziali* sono forse i più frequenti. Il fatto caratteristico di questi disturbi si è che essi non sono legati ad alcuna lesione dei vasi, ad alcuna condizione morbosa generale o locale.

Si verificano per lo più in soggetti giovani o adolescenti apparentemente sani, sotto forma di parestesie brachio-facciali, di afasia, più di rado di emiplegia, con o senza scotoma scintillante ed emicrania.

Hörniker nel suo studio sulla retinite cerebrale capillaro-spastica parla di una diatesi con tendenza agli spasmi vasali, di una diatesi angioneurotica. Presenterebbero questa condizione gli individui soggetti ai formicolii delle mani e dei piedi, al raffreddamento delle estremità, ai crampi, alle cefalee, alle emicranie. Esiste una vera predisposizione familiare a questa diatesi, che per altro può estrinsecarsi sintomatologicamente in vario modo nei singoli individui.

I fattori che scatenano la crisi non possono sempre individuarsi. Non è raro che esse si verifichino in occasione di una leggera intossicazione alimentare o di un disordine gastro-epatico.: Lo stesso giorno o il giorno seguente si può costatare un leggero impaniamento della lingua, una dolenzia nel punto cistico, un leggerissimo subittero congiuntivale. D'altra parte non è escluso che le crisi possano essere di natura anafilattica o allergica.

Talvolta le crisi sopravvengono sotto l'influenza di emozioni, del freddo, di un trauma.

Questi fattori occasionali non intervengono solo nelle crisi vasali primitive, ma anche negli angiospasmi secondari od arteriti necrobiosanti.

D'altra parte l'assenza di lesioni organiche negli angiospasmi essenziali non esclude che con l'andar del tempo e con il succedersi delle crisi, specie se queste sono di lunga durata, possano verificarsi vere e proprie alterazioni cerebrali. DR.

La chirurgia del dolore.

(J. DIEZ. *Prensa Médica Argentina*, 20 dicembre 1933).

Potere sopprimere il dolore è stato considerato sempre come la più nobile missione della Chirurgia. L'applicazione della Chirurgia antalgica, perchè abbia un risultato favorevole esige una conoscenza ampia della fisiologia e della patologia e un dominio completo della anatomia e della tecnica chirurgica.

L'atto operativo deve essere compiuto con esattezza matematica specialmente per il fatto che si compie sul sistema nervoso. Una exeresi insufficiente di mezzo centimetro è capace di fare fallire una gangliectomia simpatica e una cordotomia spostata di 2 millimetri fa della più bella operazione antalgica la causa di una paralisi incurabile.

Indicazione e risultato della chirurgia antalgica:

L'A. riferisce soltanto di quei casi che ha potuto vedere e operare.

La causalgia. — Un uomo che porta una bottiglia in mano cade e un frammento di vetro della bottiglia rotta gli produce una ferita di 4 cm. sulla faccia anteriore del polso e un piccolo incavo nel nervo mediano al livello del polso della mano destra. Questa lesione nervosa, che ha prodotto un processo irritativo cicatriziale o infiammatorio che involge tutte le fibre del mediano, è causa, 15 giorni dopo, di un dolore insopportabile, terebrante, con sensazione di bruciore.

La mano si presenta edematosa e rubiconda. Nel dito medio vi è una piccola zona di anestesia. L'onda pulsatile è più debole nella mano malata, e nell'avambraccio l'apparecchio di Pachon registra minore ampiezza di oscillazione in confronto a quello del lato sinistro.

Una simpaticectomia periarteriosa fatta sotto anestesia locale guarisce nello stesso giorno il paziente da questi dolori insopportabili.

Così nella causalgia dell'arto inferiore, determinata quasi sempre da lesioni dello sciatico popliteo interno, si ha la scomparsa del dolore più intenso con la gangliectomia simpatica lombare.

La neurite ascendente. — Colpisce unicamente l'arto superiore ed è la risultante diretta di un patereccio, di un corpo estraneo o di una ferita infetta della mano, e compare tra i 2 e 6 mesi dall'accidente iniziale. La fase algida dei dolori, che fanno soffrire il paziente orrendamente dura parecchi anni. Il dolore è talmente terebrante, lancinante, profondo e superficiale nello stesso tempo. La pelle del-

l'arto è violacea e il termometro accenna molti gradi di meno di temperatura della mano sana e l'indice oscillometrico e la tensione arteriosa cade di molto. La resezione del ganglio stellato praticata su un paziente che era affetto da questa neurite, determinò la scomparsa definitiva, dentro le 48 ore dei dolori.

I monconi dolorosi degli amputati. — L'A. non vuole riferirsi ai monconi conici, e neppure ai volgari neuromi terminali dei grandi nervi che guariscono con una semplice operazione. Egli considera un altro tipo di lesione che compare dopo le grandi amputazioni traumatiche e che considera come una varietà della neurite ascendente. Un suo paziente cui le ruote di un treno gli amputarono il polso a sinistra e che aveva avuto in conseguenza una gangrena gassosa guarita col siero e una suppurazione che gli è durata 3 mesi, soffriva di dolori intensissimi all'estremità del moncone così forte che consigliarono un chirurgo di riamputarlo a livello del terzo superiore dell'avambraccio.

I dolori però aumentarono di intensità e il disgraziato li localizzava nelle dita e nella mano che non aveva più.

In questi casi l'unica operazione consigliata è la cordotomia antero laterale, che è il metodo migliore per guarire anche dalle *crisi viscerali tabetiche e dalle topoalgie tabetiche.* Lo dimostrano i 5 pazienti che l'A. ha operato con risultati eccellenti. Questi risultati li spiega col fatto che le crisi viscerali tabetiche sono provocate, in una enorme percentuale di casi, da una spina irritativa che siede a livello delle corna posteriori del midollo e non nelle radici spinali, come si accetta generalmente, onde il processo delle più ampie radicotomie posteriori.

N. DI PAOLA.

Topoalgia continua parossistica tabetica. Cordotomia cervicale. Cura.

(J. DIEZ. *Sociedad de Cirurgia de Buenos-Ayres.* Seduta 20 nov. 1933).

L'A. presenta il caso di un ammalato affetto da topoalgia continua parossistica localizzata alla mano sinistra, in cui una radicotomia posteriore della 6ª, 7ª, 8ª cervicale e della 1ª e 2ª toracica, pur avendo dato un miglioramento temporaneo, non aveva impedito una riapparizione della sindrome dolorosa nell'antico focolaio. Poichè i dolori erano divenuti insopportabili e non avevano risentito alcun effetto dagli ipnotici e dalle iniezioni di atropina, dopo 3 mesi si reintervenne con una cordotomia anterolaterale destra praticata fra il 1° ed il 2° segmento cervicale, previa laminectomia delle prime tre vertebre cervicali.

Il giorno dopo l'operazione il p. non avvertì più alcun dolore al lato sinistro, però apparvero dolori intensissimi alla mano ed al tallone destro e ritenzione di urina. Questi fenomeni scomparvero in quarta giornata tranne che i dolori al tallone i quali unitamente a contrazioni involontarie dell'arto inferiore destro, si eliminarono un mese dopo.

Un esame neurologico dimostrò che la cordotomia aveva soppresso la sensibilità per il dolore e per la temperatura in tutto il lato sinistro, tranne che nel territorio del trigemino.

Il caso attuale ha permesso all'A. di trarre le seguenti conclusioni:

La topoalgia tabetica parossistica non derivava da una lesione delle radici o dei vasi periferici, ma la zona algogena era situata nel midollo a livello del 2° neurone sensitivo e precisamente in corrispondenza del corno posteriore.

Nella tabe dorsale i dolori persistenti e localizzati, continui e ad esacerbazioni parossistiche dipendono da una sindrome cornicolare posteriore e l'unico intervento è rappresentato dalla cordotomia antero-laterale,

L'A. termina affermando che la cordotomia cervicale, fino ad ora applicata solo in cinque infermi, costituisce un'acquisizione di capitale importanza nella chirurgia antalgica.

PLASTINA.

Usi e pericoli degli ipnotici non alcaloidei.

(W. WILLCOX. *British Medical Journal,* 10 marzo 1934).

La cura dell'insonnia offre spesso molte difficoltà perchè le sostanze che generalmente si adoperano per combatterla non sempre rispondono nei singoli individui, non sempre si dimostrano efficaci nelle dosi abituali, e talvolta riescono perfino dannose. Giova quindi procedere per tentativi, ed in ogni caso essere molto cauti.

L'uso degli ipnotici si è largamente diffuso perchè si è opportunamente riconosciuta la necessità di assicurare il sonno riposante ai malati di ogni affezione organica, perchè è straordinariamente aumentato il numero delle insonnie nervose.

Oggi, oltre quelli di origine vegetale, esiste in commercio una gran quantità di ipnotici che consente la scelta adatta ai singoli casi.

La classificazione degli ipnotici su base chimica e farmacologica è difficile ed insoddisfacente; meglio è attenersi a quella chimica e clinica.

Gli ipnotici di bassa tossicità sono: i *bromuri inorganici* (sali di potassio, sodio, ammonio, calcio e stronzio) che sono adatti per alcuni casi nervosi e possono essere dati alla dose di gr. due per notte; l'*alcool* che può essere dato in casi particolari; il *fenazone* e i suoi derivati come il *piramidone*; l'*acido acetil-salicilico* ed i *salicitati;* la *fenacetina* e simili. Queste sostanze in associazione di altri ipnotici, come l'oppio ed i suoi derivati, sono spesso molto efficaci.

1. Un grado vario di tossicità ha il gruppo *alcool-cloralio*.

Il *cloralio* (dose gr. 0,50-1) è un ipnotico rapido e sicuro. A dosi massive ha azione deprimente sul cuore e sulla respirazione. L'uso continuo può riuscire tossico sul fegato provocando ittero. È caduto quasi in disuso.

La *cloramide* (dose 1-3 grammi) è un ipnotico di media intensità. Come il cloralio è incompatibile con gli alcali, che ne provocano la decomposizione. La sua efficacia diminuisce progressivamente con l'uso. È ancor meno adoperato del cloralio.

Altri derivati del cloralio attualmente poco adoperati sono: il *batil-cloralio* (dose gr. 0,30-1) indicato per l'insonnia delle neuralgie; il *cloralose* poco usato per gli effetti tossici eccitanti; il *cloretone* (dose gr. 0,30-1) più tossico e meno efficace del cloralio; l'*hypnal* composto di cloralio ed antipirina usato di rado; il *dormiol* composto di cloralio e idrato d'amilene; l'*ural* composto di cloralio e uretano; l'*isopral* o alcool triclor-isopropilico, il *bromal*, anche essi più tossici e più incerti del cloralio.

La *paraldeide* è un ipnotico efficace ma di sapore sgradevole. È controindicato nelle affezioni gastriche e respiratorie. L'uso continuo può riuscire dannoso per il fegato.

L'*idrato di amilene* agisce come la paraldeide ma è meno sicuro e più tossico.

L'*aponal*, composto d'idrato d'amilene e urea, ed il suo isomero *edonal* hanno azione incerta.

Il *neuronal*, dietil-bromo-acetamide, è un potente ipnotico, ma è tossico per il cuore e per il sistema nervoso e provoca eruzioni cutanee. È caduto in disuso.

L'*avertin*, alcool tribromometilico, è stato molto adoperato come anestetico per via rettale (gr. 0,10 per kgr. di peso). Deve essere adoperato con precauzione perchè produce coma prolungato ed effetti tossici sul fegato.

2. Il gruppo dell'*urea* comprende parecchi composti.

L'*uretano* (etilcarbamato - dose 1-2 grammi) è un ipnotico blando, indicato per i bambini. L'*alendrin* (dicloroisopropilcarbamato - dose 0,60-2 grammi) è poco usato. L'*uradal* o *adalina* (bromo-dietil-acetil-urea - dose 0,30-1 gr.) è un buon sedativo ed ipnotico. L'*uvaleral* o *bromural* o *dormigene* (monobromo-isovalerilurea - dose 0,30-0,60 grammi) è un ipnotico sicuro ed innocuo. Il *somnosol* (mescolanza di bromural e dimetil-amido-fenil-metil-iso-pirazolon - dose 0,30-0,60 grammi) è un ipnotico blando ma sicuro.

3. Appartengono al gruppo *sulfonico* il *sulfonal* (dimetil-metano-dietil-sulfone - dose gr. 0,50-2), il *trional* (metil-sulfonal - dose gr. 1), il *tetronal* (etil-sulfonal - dose gr. 0,50-1).

Questi composti sono poco solubili, sono assorbiti lentamente e perciò hanno un'azione ritardata. Comunque sono ipnotici potenti.

Hanno l'inconveniente di avere azione cumulativa e di produrre effetti tossici varî a carico della cute (eruzioni scarlattiniformi, orticaria, eruzioni bollose, porpora, prurito) e del sistema nervoso (allucinazioni, diplopia, disartria, atassia, stupore, stati depressivi con tendenza al suicidio).

Ad alte dosi possono produrre coma di lunga durata nel corso del quale può sopravvenire broncopulmonite.

Le dosi letali per gli adulti oscillano intorno ai 4-5 giorni, ma sono registrati casi di guarigione anche dopo l'ingestione di quantità maggiori.

4. Il gruppo *barbiturico* è il più interessante perchè oggi più largamente adoperato.

Appartengono a questo gruppo il *veronal* o barbitone (acido dietil-barbiturico) ed il suo sale sodico o *medinal*, il *proponil* (acido dipropil-barbiturico), il *monal* o *soneryl* (acido n-butil-etil-barbiturico), il *dial* (acido diallil-barbiturico), il *luminal* o fenobarbitone (acido fenil-etil-barbiturico) ed il suo sale sodico, il *fanodorm* (ciclo-exenil-etil-barbiturico), l'*evipan* (acido n-C-ciclo-exenil-metil-barbiturico) ed il suo sale sodico, il *pentobarbitone* (acido etil-metil-butil-barbiturico) ed il suo sale sodico il *nembutal*, l'*ipral* (sale calcico dell'acido etil-isopropil-barbiturico).

L'*allonal* è una combinazione di acido allil-isopropil-barbiturico con amidopirina, il *veramon* una combinazione di veronal ed amidopirina, la *cibolgina* di dial e amipirina, il *somnifen* di acido allil-isopropil-barbiturico e veronal, il *beatol* una miscela di veronal ed estratti di valeriana e giusquiamo, il *quadronox* di veronal, fenacetina, fenazone ecc.

Il *sandoptal* è acido isobutil-allil-barbiturico, l'*amital* è acido isoamil-etil-barbiturico, il *pernocton* è acido 2-butil-brometil-barbiturico, l'*eboral* è il sale sodico dell'acido exil-etil-barbiturico.

La sostituzione del gruppo fenilico ed allilico a quello etilico rende i barbiturici più tossici; è per questo che il luminal, il dial, il proponal, il soneryl, il nembutol sono più tossici del veronal.

La combinazione di un composto barbiturico con sostanze analgesiche (amidopirina, fenacetina, ecc.) ne aumenta pericolosità perchè il gruppo barbiturico prevale nel composto, e si tende a prenderne in quantità maggiori per ottenere l'azione analgesica dell'altro componente.

Come tutti gli altri veleni, i barbiturici se presi a stomaco vuoto hanno un'azione più rapida e più intensa. Riescono più tossici se ingeriti insieme a sostanze alcooliche.

Alcuni individui hanno una particolare suscettibilità verso i barbiturici, per cui sono avvelenati anche da piccole dosi. Altri reagiscono con manifestazioni allergiche (asma, urticaria, edema angioneurotico, ecc.).

Nelle deficienze renali. nelle cistiti accompa-

gnate da pielite latente gli effetti tossici dei barbiturici sono più intensi anche se il tasso uremico è normale. Lo stesso avviene nelle insufficienze epatiche. L'ipertiroidismo, le affezioni miocardiche, il diabete aumentano la suscettibilità dei pazienti.

Lo stato idiosincrasico può provocare gravi sintomi di avvelenamento acuto o subacuto anche con piccole dosi.

L'uso continuo di dosi terapeutiche non di rado produce disturbi nervosi varî (depressione, stato stuporoso, allucinazioni visive, vertigini, anartria, diplopia, strabismo, nistagmo, difficoltà di protendere la lingua, paralisi di un arto, paralisi facciale, tremori, ecc.) nonchè albuminuria, ematoporfirnuria, urticaria, eruzioni eritematose e bollose.

La sintomatologia dell'avvelenamento cronico o subacuto somiglia molto a quella di alcune affezioni organiche nervose (encefalite letargica, paralisi bulbare, lesioni cerebellari, paralisi generale, alcoolismo, polineurite).

Nelle persone sane i barbiturici sono rapidamente eliminati. I fenomeni di accumulazione si verificano solo di rado e scompaiono con la sospensione della cura.

Dopo un lungo periodo si stabilisce una specie di tolleranza alle dosi abituali, ed i disturbi compaiono a seguito anche di piccoli aumenti della quantità ordinaria. È appunto per questo fatto che si verificano i disordini più gravi. Individui abituati ad una certa dose in particolari contingenze della vita prendono una maggiore quantità di rimedio, che provoca disordini gravi e spesso con tendenza al suicidio.

L'abuso che si fa dei barbiturici è ora molto pronunziato. I danni attuali di tali sostanze sono praticamente superiori a quelli causati dalla morfina e dagli oppiacei in genere.

Gli uomini cercano di eliminare le loro angustie, di calmare le loro sofferenze, di procurarsi notti tranquille con farmaci che il mercato produce in grande quantità e varietà, e che sono liberamente a portata di mano di tutti.

Spetta al medico di prescrivere tali farmaci solo nei casi nei quali sono effettivamente necessari e nelle dosi che sono effettivamente utili, e contemporaneamente avvertire i pazienti della pericolosità dell'abuso.

Ma forse il commercio di tali preparati dovrà essere regolato come quello delle sostanze stupefacenti. DR.

La piretoterapia nelle schizofrenie.

(PISANI e SINISCALCHI. *L'Osp. Psich.*, ott. 1933).

Le opinioni sugli effetti della piretoterapia nella cura delle schizofrenie, sono ancora discordi, ritenendo alcuni AA. tali metodi di cura dannosi, altri attribuendo i miglioramenti ottenuti alla spontaneità del decorso clinico.

Tuttavia dati i progressi della terapia moderna e data anche l'opinione diffusa, anche se ostacolata, da innumerevoli e discordanti teorie sul valore curativo della febbre, la piretoterapia si è arricchita di sempre nuovi agenti terapeutici (latte, peptone, tubercolina, zolfo, piretamina, malaria) ma i risultati ottenuti dai diversi AA. variano naturalmente a seconda del metodo adoperato.

Gli AA. di queste memorie hanno pertanto creduto opportuno di portare un contributo alla piretoterapia nelle schizofrenie, trattando contemporaneamente alcuni malati con lo zolfo, altri con la piretamina, altri ancora con l'inoculazione di Laverania Malariae.

Come è noto la piretamina, secondo Centanni, sarebbe un catalizzatore specifico delle scorie dei tessuti: la dose di piretamina introdotta decompone quante scorie trova presenti, l'eventuale eccesso di essa resta inattivo, anzi dispiega una certa influenza inibente. Con ciò si spiega il fatto che introducendo piccole dosi di piretamina in un organismo malato ed in conseguenza con un eccesso di scorie presenti si abbiano elevazioni termiche altissime. Le analisi sulla natura chimica della piretamina tendono a far includere questa sostanza nella categoria delle amine biogene, in qualche rapporto col prodotto analogo, l'istamina.

La piretamina è titolata col metodo biologico: una unità pirogene di piretamina è capace di elevare la temperatura del coniglio di gradi 1,8 ed è contenuta in 1 ccm. La dose media per raggiungere i 40° varia da una a tre unità per via endovenosa e dalle 3 alle 6 unità per via endomuscolare.

Dalla disamina dei casi trattati gli AA. possono anzitutto far rilevare che su 163 soggetti sottoposti alla piretoterapia non vi fu alcun morto. Circa gli esiti ottenuti, essi furono i seguenti: invariati 76 %, migliorati lievemente 12 ½, remissioni complete 3,7 %, miglioramenti notevoli 3 %, guarigioni (cliniche) 3,1 %, remissioni incomplete 1,2 %, peggioramenti 0,6 %. È da mettere in rilievo che le guarigioni sono state ottenute soltanto nella fase iniziale di decorso della malattia; le remissioni complete più nella fase iniziale che nella fase di decorso avanzata, nessuna remissione completa negli schizofrenici che si trovavano, all'epoca della cura, in fase di decorso molto avanzata (da 6 a 10 anni di malattia).

Dal confronto dei casi trattati gli AA. hanno inoltre potuto rilevare che in generale le percentuali più favorevoli sono state ottenute con la piretamina e che circa la forma clinica, i migliori risultati sono stati ottenuti nella demenza precoce catatonica.

Per quanto riguarda la catamnesi degli schizofrenici sottoposti alla piretoterapia, gli AA. concludono che è necessaria una più larga osservazione per stabilire se i miglioramenti di alto grado o di lunga durata, che si ottengono in alcuni casi, siano da considerarsi come guarigioni definitive. A. POZZI.

MISCELLANEA.

La cellulite.

(H. PALLARD. *Journal Médical*, gennaio 1934).

La patologia del tessuto connettivo è stata finora trascurata, certo scarsamente considerata in confronto delle malattie viscerali, delle malattie dei tessuti nobili, delle malattie sistematizzate. Tuttavia data la natura dei disturbi che le affezioni connettivali possono provocare, esse meritano di essere più studiate, e più conosciute dai medici.

La cellulite può assumere due forme: cellulite superficiale o pannicolite, e cellulite profonda.

La pannicolite è caratterizzata da un ispessimento sclero-lipomatoso del tessuto cellulare sottocutaneo. L'affezione è spesso accompagnata da dolori quando i nervi sottocutanei sono inglobati o compressi dal tessuto malato: da edemi o pseudoedemi dovuti a disturbi della circolazione venosa o linfatica; da impotenza motoria relativa quando l'adiposi prende uno sviluppo considerevole.

Dal quadro della pannicolite devono essere eliminate le lesioni acute del tessuto cellulare (flemmoni, artriti, flebiti) e gli edemi dei cardiaci e dei renali. La pannicolite è una malattia essenzialmente cronica suscettibile di subire delle recrudescenze acute o subacute.

Dal punto di vista anatomo-patologico la panniculite è caratterizzata da:

a) sclerosi del tessuto cellulare che diventa compatto, inestensibile, si ha insomma una cirrosi del congiuntivo sottocutaneo;

b) adiposi, che riempie gli spazii connettivali, formando ammassi più o meno circoscritti, più o meno estesi;

c) precipitazioni uriche, colesteriniche e ossaliche, che invece di essere ad ammassi come nei tofi, infarciscono il tessuto connettivo, formando talvolta tofi microscopici sparsi;

d) lesioni degli organi che attraversano il pannicolo sotto cutaneo: sclerosi perivenosa, perineurite.

La cellulite dal punto di vista clinico si avvicina alla costituzione artritica o gottosa, e dal punto di vista biologico all'iperuricemia, all'ipercolesterinemia, alla diatesi precipitante o litopessica.

Come la litiasi, la gotta, la poliartrite secca, l'affezione si verifica sopra tutto nei forti mangiatori sedentari, nei quali il rene ed il fegato diventano dapprima torpidi e poi insufficienti. La cellulite quindi non appare come una malattia isolata, ma come un elemento di una catena complessa e quasi sempre associate ad una delle manifestazioni su indicate.

La pannicolite si estrinseca clinicamente con ispessimento del connettivo dovuto a sclerosi e ad adiposi: la pelle è più o meno aderente, e la palpazione fa apprezzare nodosità irregolari e spesso dolorose. La regione affetta è più o meno deformata da bozze irregolari. La massa sclero-adiposa è granulosa, irregolare, aderente al piano muscolo-aponeurotico e successivamente alla faccia profonda del derma.

Nelle forme più accentuate tutti i sintomi precedenti sono esagerati. La sclero-adiposi può determinare deformazioni mostruose della parte. Si osservano ipertrofie deformi che pendono come bisaccie, e danno agli arti un aspetto pachidermico, elefantiasico.

Qualunque sia il grado della pannicolite essa è sempre dolorosa alla palpazione, e talvolta anche spontaneamente.

Talvolta si hanno dolenzie prolungate che quando sono localizzate al torace o all'addome fanno sospettare una malattia viscerale. La diagnosi può offrire difficoltà perchè si esplora la sensibilità del viscere attraverso una zona per sè stessa dolorosa. Quando esiste un sospetto del genere conviene saggiare la sensibilità sollevando e pigiando lateralmente la pelle e non con la palpazione a piatto.

La pannicolite è diffusa e talvolta anche generalizzata alla maggior parte della superficie del corpo. Tuttavia essa ha delle zone di elezione: il collo, la nuca, la faccia interna delle braccia, la parete addominale, le anche, la regione glutea, la faccia interna delle coscie.

Quando la pannicolite è generalizzata solo con la palpazione si possono apprezzare le differenze di inspessimento e di sensibilità nella cotenna che ricopre il corpo. Se i pazienti deperiscono la riduzione del grasso avviene più lentamente nelle regioni dove la pannicolite è più accentuata, e talvolta in donne magre si vedono vere bozze isolate e quasi grappoli di pannicolite lungo la faccia interna delle braccia e delle coscie.

La cellulite profonda interessa i tessuti intermuscolari, i tessuti sottosierosi, i tessuti petivertebrali.

Per la loro sede e per i loro caratteri sono sopra tutto importanti le celluliti profonde cervicali, toraciche, pelviche e vertebrali.

La cellulite cervicale, descritta dal de Langenhagen come reumatismo muscolare, ha sede a livello dei muscoli della nuca, nelle regioni laterali del collo, nella regione degli scaleni. Determina rigidità della nuca, torcicollo, cefalea.

Le celluliti toraciche interessanti il cellulare dei muscoli della parete determinano nevralgie intercostali. Le mediastiniti sono celluliti profonde che provocano sindromi vasali e nevrosi particolari.

Le celluliti pelviche sembrano essere determinate più da agenti microbici che da cause discrasiche.

Le celluliti paravertebrali sono sopratutto localizzate alla regione lombare, sono spesso accompagnate dal reumatismo lombare con lesioni radiologiche evidenti. Sono spesso causa di neuralgie crurali e sacrali.

La cura delle celluliti consiste essenzialmente nel massaggio delicato e prolungato. Sono buoni coadiuvanti l'opoterapia (ovarica e tiroidea) e l'eccitazione del fegato (purganti salini, colagoghi, estratti epatici). DR.

Ricerche sulla gonoreazione.

(C. FIORIO. *Giorn. di Batt. e Imm.*, febbraio 1934).

L'A. ha proposto una tecnica per la prova della deviazione del complemento nell'infezione gonococcica, tecnica ricalcata su quella della reazione di Wassermann per la sierodiagnosi della lue. Il metodo consiste essenzialmente nel dosare il sistema emolitico con corpuscoli rossi di montone al 5 % e complemento 1:10, e poi usare nella reazione finale complemento 1:20 e corpuscoli rossi al 2-2,5 % sensibilizzati con 4 U. E. Come antigene l'A. si è servito di una sospensione di gonococchi in soluzione fisiologica gelata e disgelata successivamente per ottenere una pronta dissoluzione dei corpi batterici utile per un buon legame fra proteine batteriche e anticorpi specifici.

Avendo eseguito delle ricerche sistematiche con oltre 1600 reazioni eseguite su 410 sieri, l'A. è arrivato alle conclusioni seguenti:

1) la reazione proposta mostra rispetto ad uno stesso antigene un grado notevole di sensibilità e specificità a giudicare di risultati ottenuti non inferiori a quelli raggiunti dai vari AA. con tecniche più raffinate, ma anche più complicate;

2) nei confronti con la tecnica della reazione di Wassermann classica, usata da molti AA. per la gonoreazione, la tecnica sperimentale dall'A. si è mostrata superiore, avendo l'A. ottenuto un minor numero di risultati negativi e maggior numero di risultati fortemente positivi in soggetti sicuramente blenorragici;

3) per la sensibilità della reazione depone la precoce comparsa della reazione positiva in forme iniziali: entro i primi 10 giorni il 50 % dei sieri reagirono positivamente, qualcuno già al 3°-4° giorno, molti al 6°;

4) non fu mai ottenuto risultato positivo con sieri luetici a reazione di Wassermann positiva in soggetti in cui fosse possibile escludere sicuramente la blenorragia;

5) l'antigene preparato dall'A. si è rivelato molto rispondente allo scopo e superiore agli altri antigeni sperimentali;

6) la temperatura di fissazione del complemento deve essere preferibilmente a 37° (1 ora); però la fissazione a temperatura di ghiacciaia (2 ore) mostra delle doti non trascurabili, come quella di dare risultati più netti, sia nel senso della positività che della negatività, quindi meno risultati dubbi; quella di essere leggermente più specifica e forse quella di dare più precocemente risultati positivi nelle forme iniziali;

7) è confermata l'utilità pratica della gonoreazione, specialmente nella blenorragia femminile con reperto batterioscopico negativo o dubbio, nelle forme metastatiche profonde e in genere nelle gonococcosi latenti, sospette o non;

8) dallo studio quantitativo della reazione risulta che nel siero di individui blenorragici sono contenuti anticorpi fissatori del complemento in scarsissima quantità, tanto che difficilmente la reazione riesce nettamente positiva a diluizioni superiori alla solita di 1:5. Le forme complicate danno di solito le più forti positività, e con tanta maggiore intensità, quanto più profonda e lontana è la complicazione. L'allestimento della reazione quantitativa, cioè eseguita su diluizioni progressive del siero, può quindi essere utilizzata per riconoscere la natura gonococcica di complicazioni a distanza, profonde e non accessibili ad altri mezzi diagnostici, poichè una gonoreazione positiva a diluizione superiore a 1:10 dovrà far pensare all'eziologia neisseriana della complicazione stessa;

9) L'invecchiamento dei sieri di individui sicuramente blenorragici, tenuti alla temperatura di ghiacciaia, in condizioni non sterili e inattivati, rinforza la positività della gonoreazione, mentre sieri di individui sicuramente indenni da blenorragia reagiscono sempre negativamente fino all'inizio della putrefazione. In caso di reazione dubbia o scarsamente positiva al primo esame il ripetere la reazione dopo qualche giorno sui sieri tenuti nelle suddette condizioni sarà utile, perchè se essi contengono realmente anticorpi specifici, si dovrà avere uno spostamento del risultato verso una più forte positività;

10) non è ancora risolta la questione del significato prognostico della gonoreazione, che appare praticamente interessante e degno di essere studiato. C. TOSCANO.

Aborto Röntgen.

(B. SAVONA. *Riv. San. Siciliana*, 15 febbraio 1934).

L'azione dei raggi X per la provocazione dell'aborto è molto discussa: mentre sperimentalmente l'aborto Röntgen ha avuto buon successo, non altrettanto si può dire sia avvenuto nella clinica. È però lecito pensare che molti insuccessi siano stati causati da difetti di potenzialità degli apparecchi o da imperfezione tecnica.

L'aborto röntgen, per la praticità con cui lo si ottiene e per il minimo traumatismo che produce alle pazienti dovrebbe essere adoperato in quei soggetti in cui le condizioni si presentano molto scadenti, con alterazioni anatomiche e funzionali in organi vitali.

L'azione dei raggi X sull'utero si manifesta con la comparsa di contrazioni uterine che

determinano l'espulsione del prodotto del concepimento. La mucosa uterina, sotto l'azione dei raggi X subisce rapide alterazioni regressive che giocano un ruolo molto importante sulla sviluppo del prodotto del concepimento in quanto l'uovo, non trovando più il terreno adatto alla sua nutrizione, è condannato a perire.

L'A. ha praticato l'aborto röntgen in quattro casi e si dichiara convinto che a tale metodo si possa far ricorso con molta fiducia, specie quando sia necessario evitare o ridurre al minimo i traumatismi propri agli interventi strumentali diretti.

Bisogna che i raggi esercitino la loro azione non solamente sull'utero gravido, ma anche sulla ovaia. Inoltre non bisogna mai praticare dosi frazionate ma, in una stessa giornata o due, dosi molto alte. La causa per cui viene richiesto l'aborto è tale che il più delle volte si vuole anche ottenere la soppressione delle mestruazioni, per cui la Röntgenterapia offre il vantaggio di raggiungere contemporaneamente ambedue i risultati.

L'aborto röntgen si ha quasi sempre a distanza di un mese dall'irradiazione. Per avere buoni e rapidi risultati bisogna però praticare l'irradiazione nei primi 2-3 mesi di gestazione; oltre il 3° i risultati si fanno più tardivi.

C. TOSCANO.

IGIENE.

L'approvvigionamento idrico con acque superficiali.

(A. GIUDICE. *Annali d'igiene*, genn. 1934).

L'A. rileva che, se le scoperte della batteriologia hanno dimostrato la necessità di provvedere ad un'acqua batteriologicamente pura, oggi il problema della quantità interessa quanto quello della qualità. Difatti la diffusione delle buone abitudini igieniche è strettamente connessa con la quantità di acqua a disposizione; sicchè il quantitativo giornaliero di acqua da fissarsi per abitante è venuto aumentando, fino ad arrivare oggi a 400 litri incirca.

Col feticismo che, noi specialmente in Italia, abbiamo ancora per le acque zampillanti da sorgive, la provvista di acqua in abbondanza porta ad enormi spese per la costruzione di acquedotti, senza contare in molti casi l'impossibilità di trovare sorgive capaci di fornirla.

Fin dal 1904 L. Verney, su queste medesime colonne, sosteneva che, prima di sobbarcarsi all'ingente spesa della costruzione di lunghi acquedotti, è conveniente di studiare eventualmente anche le acque prossime, siano esse superficiali, freatiche o profonde. La tesi parve ardita sopratutto per le acque superficiali, poichè allora per depurare le acque dei rifornimenti collettivi si disponeva solo della filtrazione; ma essa è sostenibile in pieno oggi, poichè i metodi di depurazione dell'acqua si sono fatti numerosi e pratici.

Molte città dell'estero ed anche dell'Italia sono, ora, provviste di acque superficiali di fiumi o di laghi convenientemente depurate, in modo da renderle batteriologicamente ottime, e l'A. ne cita parecchie.

Per quanto riguarda i sistemi di depurazione, l'A. osserva che quello della filtrazione lenta è assai delicato ed è oggi da preferirsi o da associarvisi la depurazione chimica.

Due sono i metodi che si usano più frequentemente: l'ozono ed il cloro.

L'ozonizzazione, quando l'apparecchio funziona bene, dà ottimi risultati ed ha il grande vantaggio di non lasciar tracce e di non modificare affatto il sapore dell'acqua. Si tratta però di impianti delicati, i quali possono facilmente guastarsi e compromettere, così, la potabilità dell'acqua. (Si deve anche aggiungere il grave costo di impianto e di esercizio. - *N. del Red.*)

La clorazione, invece, fatta con proporzioni ben dosate, non lascia tracce di odore o di sapore. Nel caso che, per maggiore precauzione, si usi un eccesso di ossidante (superclorazione), in modo che ad operazione ultimata rimanga un eccesso di cloro libero, esso può facimente neutralizzarsi con ammoniaca, anidride solforosa, tiosolfato sodico. Specialmente in America si va diffondendo la pratica della preammoniacazione, che consiste nell'aggiungere della ammoniaca prima del cloro: il potere antisettico ne parrebbe attenuato, ma la durata ne viene prolungata e, di più, si consegue il vantaggio che nessuna traccia di cloro o di clorofenoli rimane nell'acqua. Si formano invece delle cloramine, a cui sembra devoluta l'azione battericida e che, nelle quantità adoperate, sono del tutto inavvertibili all'odore ed al sapore.

Il processo della clorazione, molto diffuso all'estero, specialmente agli Stati Uniti, si è venuto adottando anche in varie città italiane. Esso ha il grande vantaggio di essere anche economico.

L'A. cita la città di Toronto (S. U. A.) in cui sono trattati 260.000 mc. di acqua, dapprima con il cloro (mg. 0,71 - c. 1,25 per litro) e poi con anidride solforosa (mg. 0,28-0,62 per litro), con una spesa di L. 0,000875 per mc.

Quantità di cloro ancora minori si usano con la così detta verdunizzazione, per cui bastano perfino mg. 0,10 ogni litro di acqua, grazie ad un dispositivo che assicura un attivissimo rimescolamento ed alla distribuzione quasi immediata del cloro in tutta la massa liquida.

Per piccole quantità di acqua, si può ricorrere sia agli ipocloriti di sodio o di calcio, sia allo steridrolo, in cui il cloro è in combinazione relativamente stabile per modo che il prodotto si mantiene ad un titolo costante.

Alla clorazione dell'acqua si sono mossi alcuni appunti, sia riguardo all'efficacia, sia per

la possibile azione sul piombo. Per la prima, la lunga esperienza fatta ormai dovunque dimostra che non vi è nulla da temere; l'azione sul piombo (e la consecutiva possibilità di intossicazione saturnina) può evitarsi neutralizzando bene il cloro residuo, sia usando tubi in piombo puro od infine, e meglio, ricorrendo alla preammoniacazione.

È quindi ormai tempo di bandire i tenaci pregiudizii che ancora legano le nostre popolazioni all'acqua di sorgente, come la sola veramente buona. Anche le acque freatiche (prossime alla superfice) e le raccolte idriche od i corsi d'acqua superficiali, possono dare un'ottima acqua, ad un prezzo minimo in confronto dei costosi acquedotti, sicchè è possibile largheggiare nella quantità e soddisfare, in tal modo, le migliori condizioni igieniche.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. RONDONI. *Lavori dell'Istituto di Patologia generale della R. Università di Milano e della Sezione biologica dell'Istituto del Cancro di Milano* (anni 1932-33).

Il volume dei lavori eseguiti nel suo Istituto e nella Sezione biologica dell'Istituto del Cancro da lui diretta, che ci presenta il prof. Pietro Rondoni, non si impone tanto per la mole, come qualche volta accade, e che in questo caso è invece modesta, quanto piuttosto perchè dall'analisi dei lavori appare tutto un chiaro indirizzo di Scuola, che da lunghi anni prosegue il suo cammino, portando gloriosamente il nome italiano in alcuni tra i più dibattuti problemi della patologia sperimentale e umana.

Il problema biologico dell'accrescimento neoplastico, entro il quale il Rondoni penetra sempre più addentro, trova delle lucidissime esposizioni e nuove ricerche in lavori di Rondoni stesso e di allievi tra cui particolarmente della dott.ssa Bolaffi. Non è questo il posto per fare una recensione dettagliata di ogni singolo lavoro, in quanto trattasi di lavori già comparsi nei più noti e reputati periodici e volta a volta oggetto di singole recensioni. Qui mettiamo semplicemente in evidenza alcuni argomenti che sono stati oggetto di studio, quali il *metabolismo proteico della cellula neoplastica*, la *patogenesi della gotta*, l'*influenza di alcune diete nella crescita neoplastica*, in lavori fatti personalmente dallo stesso Rondoni; i rapporti tra avitaminosi e tripanosomiasi, del suo aiuto Borghi, a cui pure si deve una interessantissima serie di ricerche sull'azione biologica degli autolisati batterici, particolarmente in rapporto alla possibilità di scindere azioni febbrigene e azioni stimolatrici istogene di un medesimo autolisato. Altri lavori sono degli assistenti Carminati, Pozzi, Bolaffi, parecchi dei quali in rapporto a punti diversi di oncologia; e infine d'un gruppo di allievi (Galigani, Calcinai, Brambilla, Beltrami, Schütz, Caccia, Costantini, Deotto) su svariati problemi di patologia.

Gli argomenti trattati e particolarmente il metodo rigoroso sempre applicato, la critica usata, i risultati raggiunti, e infine la tendenza a sviluppare i problemi in profondità, piuttosto che sminuzzare l'attività di un Istituto in tanti singoli lavori slegati e a sviluppo prevalente in superficie, sono tutti elementi che conferiscono all'attività dei laboratori del Rondoni un'impronta particolare che trova chiara rispondenza in questo volume di lavori.

CH.

M. LABBÉ e M. FABRYKANT. *Le phosphore.* Vol. in-8°, di pag. 388. Masson, & C., 1933. Fr. 55.

L'illustre clinico e chimico fisiologo francese presenta — in collaborazione con un suo assistente — un volume di 388 pagine, interamente dedicato al fosforo. È una ponderosa monografia, in cui è raccolto tutto ciò che al fosforo si riferisce, dal punto di vista biologico moderno.

Premesse poche e chiare notizie sulla natura chimica del fosforo dell'organismo, gli AA. si occupano delle fonti del fosforo organico, dei prodotti ultimi delle sue trasformazioni nell'organismo, della ripartizione nei tessuti, del bilancio fosforato. Sono capitoli molto semplici e chiari in cui è riassunto quanto di più moderno è noto e sono posti in luce contributi personali degli AA. fra cui segnaliamo il metodo di Fabrykant per la determinazione del ricambio fosforico.

Dopo un breve capitolo sul significato biologico del P protidico, lipidico e minerale viene un'ampia e bella trattazione della dottrina delle fosfatasi. È uno dei capitoli più belli del libro, ed è finora unica nella letteratura una così completa esposizione dell'argomento nuovo, importante e ricco di promesse di nuove chiarificazioni. Vi si possono attingere molte iniziative di ricerca. Al capitolo seguono settantuno voci bibliografiche.

Nei capitoli successivi si parla del fosforo ematico: sue frazioni e metodi relativi di determinazione; sue variazioni in condizioni normali e sperimentali, suoi rapporti col metabolismo degli idrati di carbonio. Vanno particolarmente segnalati il capitolo relativo ai rapporti di variabilità del fosforo e del glucosio, in cui sono esposti i risultati di ricerche originali degli AA. e quello sulle variazioni sperimentali del fosforo sanguigno, che costituisce un tentativo di interpretazione del meccanismo chimico-fisico e biologico di regolazione del tasso fosforemico.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Dopo un breve capitolo sull'escrezione del P. gli AA. si occupano delle variazioni dell'elemento in discussione nel rachitismo, per effetto della vitamina D, nella tetania, nell'acromegalia, nelle malattie ossee e articolari, nelle malattie del sangue, fegato e rene, nel diabete, nelle fosfaturie e nella litasi fosfocalcica.

Notevolmente interessante è anche l'ultimo capitolo dedicato al « fosforo in terapia », in cui sono riportate notizie di diretto interesse pratico.

L'unico appunto che ci sembra di poter fare al libro è che in esso i contributi italiani vi sono troppo scarsamente ricordati, nonostante nella prefazione Labbé dice del suo collaboratore, che cominciò « con l'assimilarsi i lavori apparsi in tutte le lingue sul fosforo in biologia ». M. COPPO.

F. HENRIJEAN. *Le dualisme de la contraction cardiaque*. Vol. in-8°, di pagg. 350, Masson & Co., Paris, 1933. Fr. 50.

Il libro di Henrijean non è fatto per il medico pratico: la sua comprensione completa è solo facile a chi s'interessi dell'elettrocardiografia e già si sia dedicato allo studio dei fenomeni biologici di cui essa è, o vien ritenuta, l'interprete.

È appunto di questo studio che l'Henrijean esclusivamente si occupa; sintetizzando in uno stile brillante il risultato di trenta anni di ricerche, e confortando i suoi dati con una ricchissima documentazione, e con l'esame critico della letteratura antica e recente sull'argomento, l'autore sostiene la sua teoria del dualismo della contrazione cardiaca; secondo questa teoria si devono distinguere nettamente nel cuore gli elementi « eccitanti della contrazione », da quelli « contrattili »: i primi possono essere dissociati completamente, in condizioni sperimentali, dai secondi e le manifestazioni elettriche che allora si osservano sono del tutto distinte da quelle proprie della contrazione in toto del muscolo.

Esistono dunque elettrocardiogrammi che corrispondono a contrazioni reali del miocardio ed e. c. g. indipendenti da queste.

Gli elementi « eccitanti » costituiscono in complesso il cosidetto sistema di comando: qui è la sede dei fenomeni elettrici che corrispondono appunto alla loro contrazione.

Una importanza decisiva nel determinare le condizioni d'ambiente indispensabile ai processi di eccitazione cardiaca deve essere attribuita all'equilibrio degli joni sodio, potassio e calcio; ed i nervi extracardiaci agiscono sul ritmo solo perchè modificano questo equilibrio.

Gli elementi « contrattili » si contraggono a lor volta sotto l'influenza di quelli « eccitanti »; ma possono contrarsi anche all'infuori di essi, quando siano stimolati direttamente per altra via; « la sistole non è che una contrazione semplice mantenuta dalla parte eccitante ».

Delle due regioni del cuore, infine, non è l'atrio quello che conta, ma il ventricolo; l'atrio ha un'attività d'ordine essenzialmente meccanico e agisce sul ventricolo non per una diffusione dello stimolo, ma solo perchè attiva la contrazione ventricolare e migliora il rendimento della pompa cardiaca; « il cuore è in realtà il solo ventricolo ».

Su questi temi principali si svolge l'esposizione dell'Henrijean, essa prospetta il problema dell'automatismo del cuore in modo affatto nuovo, e, data l'autorità del nome di chi la sostiene, estremamente interessante; ed apre, certo, un nuovo periodo di polemiche e di ricerche, da cui la cardiologia non potrà che trarre vantaggio. V. SERRA.

Conférences de Physiologie Médicale sur des sujets d'actualité. Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 30.

Raccolta di conferenze su argomenti di fisiologia di grande interesse per la medicina, dettate da noti scienziati. Ambard tratta la fisiologia renale, Fontés la razione minerale e le vitamine, Schaeffer il metabolismo basale, Kayser i riflessi, Kreis la fisiologia dell'utero gravido, Pfersdorff le localizzazioni cerebrali, Max Aron la fisiologia dell'ipofisi, Schwartz la fisiologia generale dei capillari. DR.

A. LUMIÈRE. *Colloïdes et micelloïdes. Leur rôle en biologie et en médecine*. Un vol. in-8° di 806 pag., con 35 fig. e 34 tav. col., rilegato. N. Maloine, Paris, 1933. Prezzo 75 frs.

Sono note le idee di A. Lumière sullo stato colloidale, che è una delle condizioni essenziali ed indispensabili della vita; la distruzione di tale stato, cioè la flocculazione, determina la malattia e la morte. Questi concetti, basati su lunghe e pazienti ricerche sono ormai generalmente accettati e formano una delle basi delle moderne teorie sulla vita e sulla patologia.

L'A. espone qui con evidente chiarezza le nozioni generali sullo stato colloidale e sui fenomeni vitali nei loro rapporti con le proprietà e l'evoluzione normale dei colloidi e dei micelloidi. Esamina in seguito la parte dei colloidi nei fenomeni patologici, diffondendosi particolarmente sui fatti anafilattici, sulle diverse varietà di « shock » e sulle sindromi acute e croniche determinate dalla flocculazione, fra cui quelle asmatica, diabetica, basedowiana, ecc. Molti fatti patologici sono spiegati dalla teoria colloidale: l'infiammazione, l'emolisi, l'importanza dei fattori emotivi sui disturbi funzionali e sulle affezioni organiche e così via.

Sono nuovi orizzonti che si aprono: la spiegazione che uno stesso mezzo terapeutico agisce contro le forme in apparenza più svariate, le

modificazioni degli umori, la loro stabilizzazione, l'utilizzazione dei metodi diretti ad impedire la precipitazione e la flocculazione umorale, l'avvento di una terapia razionale. La teoria colloidale sta instaurando il suo dominio nella biologia e nella medicina. *fil.*

NOTE BIOGRAFICHE

EMILIO v. BEHRING.

Il 15 marzo si è compiuto l'80° anniversario di un grande pioniere della scienza, E. v. Behring, il cui nome è legato all'introduzione della sieroterapia e specialmente alla scoperta del siero antidifterico.

Figlio di un modesto medico di campagna, egli dovette ben presto conoscere la lotta per la vita, trovandosi la sua famiglia in tristi condizioni economiche e dovendo egli concorrere al mantenimento dei 10 fratelli. Fortunatamente, dei benefattori intelligenti gli resero possibile il frequentare le scuole. Dopo alcuni anni di servizio come medico militare, egli potè darsi all'insegnamento, dapprima come professore di igiene e batteriologia ad Halle e poi a Marburgo, e direttore, in seguito, della Behringwerke, da lui fondata.

Fu nell'inverno del 1890, che egli pubblicò la sua scoperta della sieroterapia, divenuta oggi quasi una verità dogmatica, ma assai combattuta a quel tempo. La prima e più vasta ed importante applicazione ne è stata la sieroterapia antidifterica la quale, sebbene oggi combattuta da qualcuno, rimane ancora il fondamento della cura della difterite; ad essa si attribuisce, di fatto, la rapida e notevolissima diminuzione della mortalità per difterite.

La pratica della sieroterapia si diffuse anche per altre malattie, specialmente per il tetano, onde l'iniezione profilattica di siero antitetanico è diventata ormai una pratica corrente.

Un'altra geniale concezione che dobbiamo a Behring, è quella dell'immunizzazione attiva, ottenuta stimolando l'organismo alla produzione di antitossine, da lui enunciata nel 1915 e poi confermatasi ed applicata.

Il Behring morì il 31 marzo 1917, per una malattia polmonare, ma le sue opere ed il suo nome gli sopravvivono. M. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 15 marzo 1934.

Presidenza: Prof. G. RIGHETTI.

Auto ed eteropsicoterapia nel vomito incoercibile delle gravide a proposito della polemica Potti-Arcangeli.

Prof. F. D'ERCHIA. — Nella terapia del vomito incoercibile tossico delle gravide si può con qualsiasi forma di psicoterapia togliere di mezzo e precocemente, quando esiste, il fattore psichico, ed ottenere, a volte, dei risultati insperati. Gli stessi risultati si potrebbero avere con la psicoterapia pura di Lewandovsky, quando non esiste, concomitante, l'isteria.

L'O., però, non esclude, che fatte le prove con la psicoterapia, non si debba non interrompere in qualche caso la gravidanza, specie se si tratti di isteriche cattive con tare degenerative, le quali non risentano beneficio da qualsiasi terapia.

Discussione: Proff. POPPI, CETRONI, INSABATO, D'ANTONA, LIACI.

Il pancreas nelle occlusioni intestinali acute sperimentali.

Prof. C. TRINCHERA. — Dallo studio anatomofunzionale del pancreas nell'ileo acuto l'O. ha rilevato alterazioni pancreatiche *assai* meno marcate di quanto in precedenti ricerche non avesse osservato a carico del *fegato* e del rene in tale stato morboso. Ritiene pertanto il pancreas al di fuori o scarsamente interessato nel determinismo di morte nelle O.I.A.; la cui causa efficiente sarebbe rappresentata dal *profondo* turbamento *epato-renale* per un probabile fattore tossico.

Di alcuni traumatizzati del cranio trattati chirurgicamente.

Prof. V. TRAVAGLINI. — L'O., nel portare la documentazione dell'attività operatoria d'urgenza, espletata in poco più di un triennio dalla Clinica Chirurgica di Bari nel campo dei traumatismi del cranio, riferisce i buoni risultati immediati ed a distanza, dell'intervento praticato in 24 traumatizzati cranio-encefalici.

Si sofferma a trattare in particolare di qualcuno dei casi più interessanti, prendendo lo spunto per qualche considerazione diagnostico-terapeutica. Mette a disposizione dell'uditorio i reperti radiografici pre- e post-operatori.

Sui rapporti ipofisi-epifisari (Ricerche sperimentali).

Dott. L. SPADAFINA. — L'O. ha iperormonizzato delle cavie adulte normali con ormone preipofisario. In alcune di quelle sottoposte per più lungo periodo di tempo a iperormonizzazione ha notato un chiaro aumento di volume della pineale.

In tutti gli animali ha poi riscontrato da parte della preipofisi un marcato aumento delle cellule eosinofile.

Discussione: Prof: POPPI, FRANCO, BISCEGLIE.

Il Segretario: M. RONZINI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 7 marzo 1934-XII.

Presidente: Prof. A. PENSA.

Quadro di distrofia infantile con sintomi di acrodinia.

Prof. R. CASAZZA. — In un bambino di circa 2 anni e mezzo fu riscontrata una grave ipoevoluzione somatica, con note di nanismo ipofisario.

Nel piccolo paziente si rileva tra l'altro un complesso quadro di acro-alterazioni cutanee (naso, mani e piedi); con fatti necrotico-ulcerativi in atto (naso) o già riparati (piedi). In base ad una serie di esami clinici e di laboratorio, e dopo discussione differenziale, il quadro cutaneo viene fatto rientrare nella rara ed interessante forma morbosa più comunemente nota col nome di « acrodinia infantile » della quale alcuni casi sono già stati illustrati in Italia.

Lo studio della non comune osservazione sarà pubblicato prossimamente in esteso.

Sifilide latente dell'uomo con trasmissione al coniglio da una ghiandola linfatica.

Dott. G. B. COTTINI. — Un malato sifilitico, che si era curato solo con tre iniezioni di calomelano nel 1922, non presentava dopo 10 anni alcun sintomo neppure sospetto della malattia di cui era affetto, ad eccezione di una R. Wassermann positiva (+++). Asportata una ghiandola inguinale, risultata all'esame istologico leggermente sclerotica, veniva iniettato un frammento nel testicolo di coniglio; l'animale che non aveva mai dimostrato segni dell'infezione, era ucciso dopo 6 mesi e mezzo; un frammento di testicolo era passato in un secondo coniglio che veniva anch'esso sacrificato dopo 5 mesi e mezzo di vita priva di manifestazioni apprezzabili dell'infezione: si ripeteva il passaggio del materiale in un terzo coniglio che, dopo 80 giorni circa presentava un tipico sifiloma scrotale con spirochete e R. Wassermann positiva (+++). Le ricerche pazienti al paraboloide e coi metodi di impregnazione non avevano dimostrato alcuna spirocheta così nella ghiandola del malato, come nei diversi organi dei conigli.

L'O. discute i risultati ottenuti.

F. LORETI. — *Sulla struttura dei manicotti pericapillari (Capillarhülsen) della milza.*

Batteriemia difterica e potere battericida del sangue.

P. SCHIAPARELLI. — L'O., riferendosi alle sue precedenti esperienze già note sul potere battericida del sangue *in toto* verso il bacillo difterico, ha cercato sperimentalmente di studiare quale rapporto ci potesse essere tra ostacolo alla batteriemia difterica, e attività battericida del sangue. Ha potuto dimostrare che si può ottenere sperimentalmente una fase di batteriemia difterica negli animali che hanno potere battericida presente nel sangue, ma transitoria. Inibendo tale potere battericida con novirudina, l'O. ha ottenuto una costante e prolungata batteriemia e maggiore sensibilizzazione dell'animale all'infezione difterica.

Dott. G. BIANCHI-CREMA. — *Sulla rigenerazione delle fibre muscolari liscie dell'utero.*

Sulla bacilluria nella tubercolosi polmonare.

G. SARTORI e G. BONEZZI. — Gli OO. hanno ricercato il bacillo di Koch per mezzo dell'esame microscopico, delle culture su terreno di Löwenstein e della prova biologica sulla cavia nelle urine di 25 ammalati da tubercolosi polmonare.

I prelievi furono praticati ripetutamente e negli ammalati sottoposti al pneumotorace ed alla frenico-exeresi prima e dopo l'intervento. La bacilluria tubercolare fu riscontrata in un solo caso, nel quale in seguito si manifestarono i segni di una localizzazione del processo tubercolare nel rene.

Le ernie mediastiniche in corso di pn.

Dott. CARLO SARTORI. — L'O. presenta 12 casi di ernia mediastinica in corso di pn. Per quanto riguarda il meccanismo patogenetico, l'O. crede che la causa *sine qua non* dell'e. m. debba ricercarsi nella labilità intrinseca dei punti deboli del mediastino, che il fattore determinante sia dovuto allo squilibrio di pressione dei due emitoraci e che tutti gli altri fattori (costituzione longilinea, integrità, flogosi della pleura, equilibrio di pressione nella cavità pneumotoracica, ecc.) chiamati in causa di volta in volta dai vari AA. abbiano importanza relativa. Dal punto di vista semiotico i segni più costanti rilevati dall'O. sono dati dalla iperfonesi timpanica e dal fenomeno del soldo sulla proiezione anteriore della ernia. Il trattamento dell'e. m. varierà da caso a caso: detensione del pn., continuazione del pn. con prudenti introduzioni di gas, pn. controlaterale di sostegno.

Sulla pleurite provocata in corso di pn.

Dott. CARLO SARTORI. — L'O. ha provocato la pleurite mediante introduzioni di piccole quantità di soluzione fisiologica nel cavo pleurico, in due malate in cura di pneumotorace da parecchi mesi, nelle quali il trattamento pneumotoracico non aveva avuto ragione di fatti cavitari.

Nei due casi trattati l'O. ottenne risultati soddisfacenti osservando la riduzione progressiva delle caverne.

L'O. ha studiato il comportamento istologico del versamento provocato (eosinofilia intensa) sul cui significato si riserva di discutere con una casistica più abbondante.

Ricerche su un caso di xantomi infantili.

Dott. A. GLINGANI. — L'O. riferisce sulle ricerche da lui eseguite in un caso di xantomi tuberosi infantili in bambino di 11 mesi. Il malato è stato sottoposto a diverse ricerche cliniche e di laboratorio: dal punto di vista generale non sono state rilevate particolari modificazioni nel contenuto di colesterina e lipine nel sangue: colesterinemia e lipemia normali, normale anche il tasso glicemico. Invece ha potuto, tra l'altro, avere dati di un certo interesse osservando alla luce polarizzata delle sezioni di taluno dei noduli xantomatosi colorati col Sudan III: mentre molte delle caratteristiche cellule schiumose, coloratesi elettivamente col Sudan davano netta rifrazione della luce al polarizzatore con Nicols crociati, alcuni punti pure elettivamente colorati attorno ai vasi non davano tale rifrazione

Questo dato è sembrato all'O. di un certo interesse per ciò che riguarda la eventuale possibilità di una particolare elaborazione locale delle lipine provenienti ai tessuti dal sangue. Il dato può anche rientrare nella discussione della così detta rete trofomelanica degli autori francesi.

Una relazione del caso e dati più particolareggiati delle ricerche saranno esposti nel lavoro completo di prossima pubblicazione.

Sul meccanismo dell'alopecia da tallio.

Dott. A. BACCAREDDA. — La ricerca del tallio nei capelli di *ricrescita* di bambini tallizzati ha

dato risultato positivo qualitativo e quantitativo. Questa ricerca che viene praticata per la prima volta, dimostra che quantità apprezzabili di tallio trovansi nella cute al momento in cui si inizia la ricrescita dei capelli, circa, cioè, un mese dopo la somministrazione orale. Pur dando al risultato valore puramente documentario, l'O. fa notare che esso può non contradire ai reperti discordi di tallio nei peli di *caduta*, nei quali una traccia del metallo non può essere considerata *patogena*, mentre l'assenza può essere messa in rapporto con le alterazioni bulbo-papillari (Truffi, ecc.), che, interrompendo rapidamente le connessioni del pelo possono impedire il passaggio del tallio nella sua sostanza. Avvenuta per altre vie (circolatoria, desquamazione) l'eliminazione delle quantità *depressive* del tallio, è permesso, a quelle residue — spieganti forse ora un'azione eccitante (rapida ricrescita, caratteri macro- e microscopici particolari dei nuovi capelli) — di allontanarsi dall'organismo anche a mezzo di questi elementi tipicamente caduchi.

Il Segretario: INTROZZI.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta del 16 gennaio 1934-XII.

Vaccinazioni antidifteriche praticate mediante due iniezioni di anatossina di alto valore antigene.

Dott. A. GAROSI. — L'O. ha praticato su 273 fanciulli da uno ai 14 anni la vaccinazione antidifterica mediante due iniezioni di anatossina difterica a 15-20 u. a. nella dose di cc. 1,5, alla distanza di un mese. I soggetti controllati con la reazione di Schick dimostrarono una percentuale di immunizzazioni del 98,8 %. L'O. conclude: 1) la vaccinazione antidifterica può, senza nuocere all'efficacia del metodo praticarsi con due sole iniezioni invece delle tre consuete a condizione di usare una anatossina di alto valore antigene; 2) la vaccinazione antidifterica in due tempi è efficace, innocua e sicura quanto quella praticata con tre iniezioni.

Dott. L. MARTINI. — *Sulla determinazione alcalimetrica del cloralio idrato.*

Un particolare ammasso di sostanza grigia nel diencefalo dell'uomo.

Dott. G. BRUGI. — L'O. descrive un rilievo che si ritrova in alcuni casi lungo il braccio medio di divisione del tratto ottico ed al quale dà il nome di « corpo intergenicolato ». In questo punto l'O. ha ritrovato un ammasso di sostanza grigia in connessione col corpo genicolato laterale.

Sulla tubercolosi neoplastiforme del fegato.

Dott. GIOVANNI MARIANI. — L'O. riferisce due casi di tubercolosi nodulare del fegato, uno dei quali interessante per il fatto che simulava completamente l'esistenza di metastasi neoplastiche. Infatti in esso furono riscontrati nel parenchima epatico diversi nodi di aspetto lardaceo che furono interpretati come metastasi stabilitesi nel fegato per la degenerazione carcinomatosa di una poliposi gastrica esistente.

Nel secondo caso invece la natura tubercolare dei noduli neoplastiformi esistenti nel fegato apparve subito chiara per la mancanza nell'organismo di qualsiasi processo neoplastico e per la coesistenza invece di numerose lesioni tubercolari viscerali e scheletriche.

Sul modo di unione "in vitro„ della tossina tetanica con differenti tessuti organici.

Dott. D. D'ANTONA. — L'inattivazione della tossina tetanica da parte della sostanza nervosa si compie non per combinazione chimica, ma per fenomeno di *adsorbimento*. Anche i tessuti non nervosi (rene, fegato, muscoli ecc.) adsorbono « in vitro » la tetanotossina ma con minor forza ed in minor quantità del tessuto cerebrale: tale differenza deve verosimilmente ricercarsi nel maggior grado di dispersione che la sostanza nervosa (sostanza grigia) è capace di raggiungere, per spappolamento in acqua, fino a costituire *un vero colloide idrofilo* (*emulsoide*). Tutti gli agenti fisici o chimici, capaci di modificare lo stato fisico delle poltiglie cerebrali da « sol » a « gel », ne alterano le proprietà fissatrici, per riduzione della superfice adsorbente e le rendono uguali a quelle di ogni altro tessuto organico.

L'etere gelifica la sostanza nervosa, riduce la superfice di adsorbimento e di conseguenza la tetanotossina libera è meno fissata o, se è già fissata, può essere rimessa parzialmente in libertà. Il fenomeno constatato « in vitro » della liberazione mediante l'etere della tossina tetanica fissata al tessuto nervoso, non può riportarsi sull'organismo vivente. L'antitossina tetanica neutralizza sempre, per semplice contatto, la tossina tetanica sia libera che fissata al tessuto nervoso.

Prof. A. SALOTTI (per il dott. LARDINELLI). — *Stenosi organiche estrinseche dell'esofago epicardiale.*

Prof. A. SALOTTI. — *Reperti radiologici in casi di tumori del nervo ottico.*

Sul potere battericida "in vitro„ verso il bac. di Koch del sangue di cavie vaccinate con "anatubercolina„ o con partigeni del bac. di Koch.

G. PETRAGNANI e G. MAZZETTI. — Dalle prime prove risulta che il sangue di cavie vaccinate con « anatubercolina » o con partigeni del bac. di Koch esplica « in vitro » un'azione battericida verso tale germe, solo quando è fresco, mentre se lo stesso sangue è lasciato invecchiare anche solo per 48 h. a 37°, si ha in esso un rigoglioso sviluppo del bac. di Koch, sviluppo più evidente ancora dopo 25-26 giorni di termostato. Il sangue di cavie normali ha anch'esso un certo potere battericida sul bac. di Koch, però molto più scarso. Tale azione si è resa evidente confrontando le culture ottenute col sangue di cavia + emulsione bacillare con quelle da soluzione fisiol. + la stessa emulsione.

A proposito di rachianestesia alla percaina.

Prof. F. SPIRITO. — L'O., su un numero di circa 150 rachianestesie alla percaina, delle quali la massima parte eseguite per interventi celiotomici, non ha avuto che a lodarsi del preparato; ma in un caso sfortunato la rachianestesia alla percaina ha indotto la morte della donna senza che nessuna delle cure adoperate fosse valsa a salvarla.

Appena iniettato l'anestetico nello speco vertebrale il polso divenne immediatamente raro, e la paziente avvertì un grave senso di prostrazione. Messa subito in posizione di lieve Trendelenburg, e praticata un'iniezione di caffeina le condizioni della donna sembrarono riprendere, tanto da indurre a procedere all'atto operativo (taglio cesareo). Ma non appena incisa la cute ed il connettivo sottocutaneo le condizioni della donna rapidamente si aggravarono: il viso divenne cianotico, il respiro prima stertoroso si arrestò poco dopo, ed il polso filiforme rapidamente scomparve; cosicchè la donna venne a morte mentre ci si apprestava a porgerle il relativo soccorso. Una iniezione di Efedrina, che si riuscì a fare in questo breve lasso di tempo rimase senza risultato, ed i lunghi tentativi di rianimazione rimasero anch'essi senza effetto. L'atto operativo venne nel frattempo continuato e si estrasse un feto asfittico che fu potuto rianimare.

Prof. M. AIAZZI MANCINI (per il dott. BASILISCO). — *Eteri metilico, etilico e propilico dell'acido paraossibenzoico.*

Contributo allo studio del contenuto in Vitamina A di alcuni burri toscani.

Prof. M. AIAZZI MANCINI (per la dott.sa LEPRONI). — La dottoressa Leproni ha sottoposto a studio sistematico dei burri di Mugello per saggiarne biologicamente il contenuto in vitamina A.

Tenuti dei lotti di ratti a dieta avitaminizzata quando si era già manifestata la caratteristica sindrome di arresto di crescenza si è cominciato a dare loro delle piccole quantità di burro del Mugello (ctgr. 10 circa *pro die*) e non solo si è potuto osservare un arresto delle turbe oculari ma altresì si è constatato una ripresa immediata della crescenza tale che il lotto di animali in avitaminosi ha rapidamente raggiunto il peso del punto di controllo. Diagrammi e fotografie molto dimostrative illustrano le ricerche.

Ricerche col microscopio a fluorescenza.

Prof. F. SESTINI. — L'O. ha esaminato col microscopio a fluorescenza di Reichert sezioni fresche e microincinerate di ossa umane normali e patologiche. Riferisce sulle differenze riscontrate sia nelle diverse parti di un osso normale che su quelle che si osservano in vari stadi dello sviluppo, che sul diverso aspetto che presenta l'epifisi di ossa rachitiche in confronto delle normali. Tali ricerche, eseguite nell'Ist. Anat. di Napoli, confermano in parte le osservazioni macroscopiche di Policard (1928). *Il Segretario*: G. MAZZETTI.

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta dell'8 marzo 1934.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Prof. F. NIOSI. — *Sulla laringectomia totale per cancro. Presentazione di una donna laringectomizzata da dieci anni.*

Prof. I. SIMON. — *La strosalina, nuovo preparato salicilico e le ragioni per cui si deve preferire all'acido acetilsalicilico.*

Su alcuni caratteri culturali dello streptococco.

Dott. F. BENZA. — Nello studio dello streptococco le osservazioni fatte dimostrano che l'emocultura nell'endocardite lenta può riuscire positiva anche durante la cura salicilica; e confermano la variabilità dei caratteri dello streptococco nei mezzi culturali liquidi e la possibilità di mutazione da emolitico a viridante in vivo e in vitro. Per quanto sia difficile precisare quali siano le cause prevalenti in questo fenomeno, non si può escludere che vi abbia maggior parte una modificazione del germe, provocata in vivo da particolari condizioni immunitarie.

Sul fenomeno dell'isotossicità del sangue defibrinato.

Dott. L. TRONCI. — In questo lavoro l'O. studia nei conigli gli effetti delle iniezioni di sangue defibrinato di altri conigli e delle reiniezioni di sangue defibrinato dello stesso individuo. I risultati di queste indagini in parte confermano e in parte modificano quelli ottenuti sullo stesso argomento da Autori precedenti.

Prof. L. MICHELAZZI. — *Alterazioni dell'aorta del coniglio indotte per soppressione dei nervi depressori e delle zone reflettogene seno carotidee.*

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo allo studio dei corpi estranei nelle vie respiratorie.

L. Torchiana (*Il Valsalva*, febbraio 1934) ha avuto occasione di operare recentemente tre casi presentatisi in modo del tutto differente, degni di studio per rilievi sintomatologici e modalità di decorso.

Nel primo caso si trattava di un pezzo di aponeurosi con residuo di tessuto cartilagineo della grossezza di un grosso cece che si era innicchiato nello spazio sottoglottico e produceva frequenti e violenti accessi di tosse spasmodica, con cianosi e segni di asfissia.

Nel secondo caso era una spinula ossea di pollo infissa in un ventricolo di Morgagni che produceva una sintomatologia simulante nei suoi caratteri il croup.

Il terzo caso è interessante per la perfetta tolleranza nell'albero respiratorio (oltre venti giorni) di un seme di cocomero, il quale si era certamente posto di traverso in un bronco.

L'A. in tutti e tre i casi intervenne operatoriamente riuscendo a salvare i pazienti. Egli commenta che la broncoscopia, specie nell'ultimo caso, avrebbe dato risultati brillanti nelle mani di uno specialista. Ma nella pratica ospedaliera la tracheotomia rappresenta l'atto più semplice e meglio rispondente.

Qualche volta però la sola tracheotomia è solo sufficiente a scongiurare la minacciante asfissia e per l'estrazione del corpo estraneo fissato nella mucosa laringea è necessario procedere alla tirotomia. VICENTINI.

Gli ascessi polmonari da deglutizione.

Gli ascessi polmonari da deglutizione si osservano sopratutto nei casi in cui esiste un disturbo nel meccanismo della deglutizione. Fra le cause capaci di perturbare questo meccanismo la paralisi laringea è una causa importante di ascessi da deglutizione. Un restringimento alto dell'esofago, estrinseco o intrinseco, può anche perturbare questo meccanismo, provocando dei rigurgiti e delle false deglutizioni. L'anestesia locale o generale, sopprimendo il riflesso di difesa, è ugualmente una causa da prendere in considerazione. Il riflesso può anche scomparire con l'abitudine.

I corpi estranei, solidi, liquidi, alimentari, che possono penetrare nelle vie respiratorie possono essere semplicemente costituiti da mucosità provenienti dal rino-faringe.

Il meccanismo di produzione di questi ascessi è stato discusso: accanto alla teoria dell'embolia bronchiale degli Americani, si è invocata una infezione polmonare per via linfatica.

E. Sergent e G. Poumeau-Delille (*Paris Méd.*, 17 febbr. 1934) riportano due osservazioni in cui il meccanismo dell'embolia bronchiale appare indiscutibile. Si tratta di due casi tipici di ascesso polmonare da deglutizione complicante una stenosi esofagea. Nei due casi la stenosi esofagea ha provocato i disturbi della deglutizione con la perdita del riflesso tossogeno. C. TOSCANO.

Batteriemia passeggera Strept. viridans in seguito ad ascesso del polmone.

H. Czapski (*Die Mediz. Welt.*, 17 febb. 1934) riferisce una breve nota clinica riguardante un malato di 41 anni, in cui — durante l'evoluzione di un ascesso polmonare d'origine post-influenzale — fu isolato dal sangue circolante lo streptococco viridans; tale reperto fu confermato da esami successivi, cosicchè — malgrado l'assenza degli altri segni clinici della sepsi lenta — fu fatta appunto questa diagnosi ed iniziata — senza speranza — una cura antisettica con septojod, tripaflavina, ecc.

Il malato andò lentamente migliorando ed ora è, ormai da molto tempo, completamente guarito.

L'A. annovera questo tra i pochissimi casi descritti nella letteratura (Bogendörfer, Gloor) in cui la presenza dello streptococco viridans nel sangue non fu accompagnata dai segni clinici della sepsis lenta, e si ebbe la guarigione.

Resta però stabilito che, quando al reperto dell'emocultura positiva, si associa, come di solito, il tumore di milza, la febbre, l'anemia, ecc., la diagnosi è certa e ogni terapia vana. V. SERRA.

Suppurazioni polmonari e iniezioni endovenose di alcool.

M. J. Virenque (*Le Progrès Médical*, n. 40, ottobre 1933), dopo aver citati i vari tentativi fatti con le iniezioni di alcool in diversi stati morbosi con esiti poco o nulla soddisfacenti, riporta le osservazioni di Landau il quale avrebbe trovato dette iniezioni efficaci in casi di complicazioni polmonari.

Illustra due casi, uno affetto da suppurazione diffusa e l'altro da suppurazione circoscritta del polmone, trattati e guariti con le iniezioni endovenose di alcool. L'A. discute le indicazioni e i risultati ottenuti, descrive la tecnica, ricorda gli acccidenti e precisa il meccanismo d'azione.

Indicazioni:

1) Tutte le affezioni acute provocate dalla flora piogenica banale aerobica;

2) les poussées acute delle affezioni croniche;

3) anche la polmonite fibrinosa sarebbe favorevolmente influenzata dall'alcool per via endovenosa.

La soluzione adoperata è quella di un volume di alcool puro con due volumi di soluzione fisiologica sterile.

L'iniezione dev'essere endovena, deve farsi lentamente per evitare la coagulazione del sangue nella siringa. S'iniettano da 6 a 45 cc. della soluzione per volta, ogni due giorni, aumentando gradatamente. È buona pratica paraffinare l'ago e la siringa.

Accidenti: potrebbero essere: l'emolisi o la coagulazione. Dopo Fohl si sa che adoperando diluizioni medie (33 %) e glucosate, si evitano la intolleranza e gli incidenti surricordati.

Azione dell'alcool: l'alcool, secondo l'A., esplica un'azione tonica generale è un'azione locale. Esalterebbe i mezzi di difesa dell'organismo e farebbe apparire anticorpi nel siero. Localmente, nel polmone l'alcool avrebbe un'azione battericida sia direttamente, sia per l'intermediario del tessuto reticolo-endoteliale. Sembra che il potere battericida sia stato pure osservato in vitro. Timofeew avrebbe trovato negli animali trattati con alcool l'aumento della linfa da 5 a 40.

L'A. dichiara infine che pur non potendo in questi casi a priori escludersi l'intervento chirurgico, non può ammettere che i casi di guarigione ottenuti con l'alcool siano dovuti ad una semplice coincidenza. S. SCANDURRA.

La cura della tubercolosi laringea e i suoi successi.

Secondo A. Brüggermann (*Münch. Med. Woch.*, 16 marzo 1934) la localizzazione laringea della tubercolosi è interpretata dai medici in modo non esatto; se è vero, infatti, che si tratta di una lesione grave, non è detto però che essa rappresenti il principio della fine, e che sia dovuta al crollo delle resistenze organiche dell'intero organismo.

Tra tbc. del laringe e tbc. del polmone non esiste un parallelismo di decorso; l'una può migliorare mentre l'altra peggiora e viceversa: il che fa pensare che, al di fuori dei poteri di reazione generale organici, ogni singolo organo possiede una sua propria capacità di resistenza locale.

Nella cura, si dovrà cercare perciò anzitutto di aumentare le riserve e i poteri di resistenza generale; e in secondo luogo di agire localmente sull'organo ammalato.

L'Autore non si diffonde — come ci si sarebbe aspettato e avremmo desiderato — sui metodi di questa cura locale; egli si limita a riportare le statistiche di oltre 200 malati, ricoverati nel suo Sanatorio specializzato per la tubercolosi delle prime vie aeree, dimostrando come molti casi siano andati incontro ad un netto miglioramento, e come non sia possibile riconoscere un rapporto di reciproca interindipendenza fra la localizzazione polmonare e la laringea. V. SERRA.

NOTE DI ANESTESIA CHIRURGICA.

L'anestesia generale in chirurgia per mezzo dell'allilisopropil-malonilurato come anestetico basale e del protossido di azoto come anestetico di complemento.

M. P. Fredet (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 9 genn. 1934) ha ricercato in collaborazione con altri quello fra i derivati alcoolici del malonilurato che potesse dare i migliori risultati come anestetico, senza avere grandi effetti tossici. La sua scelta è caduta sull'allilisopropil barbiturato di dietilamina che introdotto nell'organismo provoca una sonnolenza di non troppa lunga durata ed espone assai poco all'agitazione post-operatoria. Questo preparato però finchè si usa in dosi non eccessive è incapace di sopprimere totalmente la sensibilità e i riflessi di difesa, per cui dall'A. è consigliato solo come anestetico basale. La sua azione può essere rinforzata dall'aggiunta di morfina e scopolamina e completata dal protossido di azoto.

Questo nuovo metodo di anestesia è stato dall'A. applicato in 116 operati, e in ognuno di questi è stata studiata la pressione arteriosa, massima e minima, il polso, il respiro, la quantità di urine emesse, per quattro giorni di seguito, cioè: la vigilia dell'operazione, il giorno dell'operazione e nei due giorni susseguenti. Inoltre è stato misurato alla vigilia e nel giorno dopo dell'operazione il tasso azotemico e il tasso di eliminazione della fenolsulfonftaleina. I risultati ottenuti da queste ricerche, sono stati molto confortevoli per questo metodo di anestesia; e di gran lunga superiori a quelli ottenuti dall'A. stesso in altri numerosi casi in cui era stato adoperato l'etere o il cloroformio come anestetico di complemento.

Con il protossido di azoto il tasso azotemico e la ritenzione di fenolsulfonftaleina sono rimasti quasi invariati prima e dopo l'operazione, mentre così non avviene con gli altri anestetici. L'allil-isopropil-malonilurato (detto anche Numal) viene somministrato per via endovenosa 10 minuti prima dell'operazione in soluzione al 10 %, alla dose di 10 ctgr. di prodotto attivo, per ogni 10 kili di peso corporeo, senza però sorpassare mai i 60 ctgr. di sostanza attiva.

L'A. si mostra soddisfatto del tipo di anestesia, e ritiene che le dosi indicate dell'anestetico non siano lesive per l'organismo, come ha potuto più ampiamente controllare in ricerche sperimentali in collaborazione con altri.

ALIERI.

La rachianestesia con il metodo di Jones.

Sussi (*Gazzetta Internazionale di Medicina e Chirurgia*, n. 21, 15 novembre 1933) ha praticato, per operazioni le più varie, 655 rachianestesie col metodo Jones (10-18 cc. di soluzione ipobarica di percaina in 0,5 % di cloruro di sodio), con risultati veramente soddisfacenti.

Infatti i noti disturbi post-rachianestesici, sia immediati che tardivi, li ha osservati eccezionalmente. La cefalea si è verificata in una percentuale minima inferiore al 2 %, la ritenzione urinaria in soli 2 casi, in nessun caso l'atonia intestinale.

Ricorda come le complicazioni da rachianestesia siano in gran parte dovute all'ascesa dell'anestetico, ciò che dimostra mediante apposite ricerche sperimentali condotte sul cane.

VITALE.

Ricerche sulle alterazioni del liquido rachidiano dopo rachianestesia.

N. Backer-Gröndahl (*Acta Chirurg. Scand.*, fasc. V-VI, 1934) in 138 ammalati operati in rachianestesia ha praticato la puntura lombare dopo 24, 48, 72 ore dall'anestesia ed ha esaminato il liquor. Nel 65 % degli ammalati ha trovato aumento del contenuto cellulare dopo 24 h., percentualità che è scesa al 30 % e al 18 % dopo la 48ª e 72ª ora.

L'anestetico adoperato fu la novocaina al 3% con aggiunta di percaina al 1/1500. In 1/3 dei dei casi ha trovato aumentate le globuline e l'albumina, aumento che scompariva lentamente nei giorni seguenti. Lo zucchero era aumentato nel 69 % nel sangue e nel liquor, e nel 24 % soltanto nel liquor.

Non si trovò alcun rapporto tra aumento cellulare e l'età del soggetto e l'estensione dell'anestesia, e frequenza della cefalea.

In tre ammalati con un numero di cellule elevate nel liquor, si ebbe cefalea solo in 1 caso.

Nè fu trovato rapporto tra cefalea ed aumento d'albumina, globulina, e zucchero.

L'azione emolitica dell'anestetico ha molte differenze individuali ed anch'essa non dimostra alcun rapporto con la frequenza della cefalea.

Le ricerche dell'A. non hanno dunque potuto apportare alcun contributo sulla spiegazione della patogenesi delle turbe postanestetiche e sulla loro intensità.

R. GRASSO.

SEMEIOTICA.

La reazione intrauretrale alla tubercolina.

È stata saggiata da F. Marquardt (*Mediz. Klinik.*, 2 febbr. 1934) su 111 casi affetti da malattie della pelle e degli organi genitali; di queste ultime solo due di natura tubercolare.

La tecnica della reazione è semplice: dopo lavaggio del meato con soluzione di ac. fenico a 2,5 %, mediante una cannula ottusa vengono introdotti a 2 cm. di profondità 0,05 cc. di tubercolina vecchia non diluita. Il risultato si legge dopo 24-48 ore. La positività della reazione (sec. Oppenheim) si manifesta sotto forma di lieve ipersecrezione (tracce +), arrossamento del meato e aumento di numero dei leucociti (+), notevole ipersecrezione con tumefazione dei bordi del meato (+), febbre e tumefazione ghiandolare (+ +).

Dai dati dell'A. risulta che la reazione rimane negativa nel caso di mucosa uretrale sana o lievemente infiammata (se non vi è tubercolosi degli organi genitali) anche quando l'intradermoreazione è positiva.

La mucosa infiammata reagisce invece alla tubercolina con una secrezione aumentata, per lo più a carattere sieroso. Fenomenologia uguale si manifesta alcune volte (4 casi su 10) nella tubercolosi cutanea, nella quale talora (2 casi) si riscontra d'altra parte l'arrossamento del meato, presentandosi dunque una reazione debolmente positiva. La reazione fortemente positiva si ebbe solo in 3 casi di cui due corrispondevano effettivamente ai due casi di tubercolosi genitale; nel 3° caso si trattava di un'epididimite non gonococcica la cui natura tubercolare non potè essere confermata nè clinicamente nè con esami di laboratorio.

Va notato inoltre che in alcuni casi di uretrite gonococcica lo stimolo della tubercolina provocava una recidiva con ricomparsa di germi.

Concludendo, l'A. rileva che pur provocando, la tbc. genitale, la positività della reazione, per ora non si può affermare categoricamente che tale positività deponga senz'altro per la presenza di un processo tubercolare a carico degli organi genitali.

S. MINZ.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo sperimentale sulla conoscenza della peristalsi intestinale.

E. Schnohr (*Acta Chir. Scand.*, vol. LXXIII) ha studiato la peristalsi intestinale nel coniglio sotto l'azione di sostanze varie ed in condizioni diverse, giovandosi dell'osservazione diretta a mezzo di una finestra praticata nelle pareti addominali di questo e protetta con celluloide sterile.

Ha così trovato che:

1) negli stati di anossiemia si ha una costrizione violenta delle arterie intestinali ed un arresto brusco della peristalsi;

2) gli estratti ipofisari provocano una peristalsi violenta, ma disordinata, antifisiologica e di breve durata;

3) le iniezioni endovenose o intracardiache di soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio causano una peristalsi accentuata e prolungata,

molto simile alla normale perchè bene coordinata;

4) in alcuni casi di paralisi intestinale nè gli estratti ipofisari nè le ipertoniche hanno potuto risvegliare la normale peristalsi;

5) le soluz. ipertoniche hanno effetto diuretico ed attivano il riassorbimento dei versamenti peritoneali. R. GRASSO.

POSTA DEGLI ABBONATI

Il dott. G. Brugnolo, da Gavello (Rovigo), ha osservato che, aggiungendo dell'acido acetico all'urina di donna gravida, si aveva una colorazione rossa. L'urina era stata dapprima filtrata e riscaldata e non conteneva zucchero.

Non conosco nessuna sostanza che nell'urina normale o patologica dia origine alla colorazione osservata. Mi sembra che l'unica ipotesi da farsi sia quella della presenza di un radicale analogo a quello di alcuni indicatori (per esempio il metilarancio) che dia, con acido acetico, una colorazione rossa. La sostanza potrebbe essere stata introdotta come medicamento od anche, eventualmente, con qualche alimento o bevanda colorata artificialmente.

Il problema presenta un certo interesse ed abbiamo perciò esposto la domanda ed un tentativo di risposta, augurandoci che da parte di qualche lettore possa aversi una risposta esauriente. *fil.*

VARIA

Una donna ultra-feconda.

In un ospedale viennese una donna 48enne ha dato alla luce il suo 29° rampollo, vivo e sano. Il travaglio durò due ore e mezzo. Dei suoi figli ve n'erano 16 in vita (12 maschi e 4 femmine); ne erano morti 13 (7 maschi e 6 femmine). Non vi furono parti gemellari. A tre riprese la donna ebbe due parti in uno stesso anno, a gennaio e a dicembre. Ebbe il primo figlio all'età di 19 anni. I figli sono stati sparsi un po' dovunque; si cerca ora di rintracciarli, per accertarne lo stato di salute. Così il *Journ. Am. Med. Assoc.*, 3 marzo 1934.

A. P.

Rapporti fra l'asma e lo stato meteorico.

È noto il rapporto fra l'umidità atmosferica e l'asma. Nei paesi situati nelle bassure dei fiumi od al fondo di valli strette, si trova un maggior numero di asmatici.

A. Evers e H. Schultz (*Münch. med. Wochens.*, 19 genn. 1934) riportano le osservazioni fatte ad Ems, dove, pure essendovi una umidità abbastanza elevata, gli asmatici si trovano meglio che altrove.

Invece, nello scorcio dell'agosto ed i primi di settembre del 1933, in un periodo meteorologico eccezionale in cui si ebbero dei valori bassissimi di umidità relativa (fino a 38 %) e notevoli oscillazioni della temperatura (minimi di 5,8 e massimi di circa 23°), si ebbe altresì un notevolissimo aumento degli accessi d'asma. Dal che, gli AA. concludono che, anche l'aria molto secca, e forse anche le forti oscillazioni del potere di prosciugamento, possono essere dannose, forse ancor più che l'elevata umidità. *fil.*

Asportazione dell'intero emisfero cerebrale d. dell'uomo.

Dandy (*Johns Hopkins Hospital Bullettin*, 1933) ha studiato in tre casi i risultati fisiologici seguenti l'asportazione dell'intero emisfero cerebrale di destra. Di questi, uno è vissuto due anni e 6 mesi dopo l'operazione, uno sei mesi ed un terzo è morto di meningite 10 giorni dopo l'operazione.

I tre operati erano perfettamente orientati riguardo il tempo, il luogo e le persone; la loro memoria era illesa, sapevano leggere, scrivere e fare conti; non soffrivano di allucinazione, nè di idee fisse, neppure di malinconia e euforia. Ma quello che più importa è che avevano conservato la funzione e il dominio dei nervi craniali. I movimenti extraoculari erano conservati. Non vi era nistagmo. Era conservata la funzione dei nervi trigemino e facciale del lato illeso.

I due ammalati non presentavano altro di grave all'infuori dell'emiplegia.

SCANDURRA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

E. MARTINICO. *Un caso di sindrome neuroanemica.* — Tip. Del Bianco, Udine, 1933.

A. M. FIAMBERTI. *Sopra il quadro oftalmoscopico di Foster Kennedy nei tumori del lobo frontale.* — L. Cappelli, Bologna, 1933.

D. ENEA. *Rendiconto statistico clinico del Reparto Ostetrico-Ginecologico.* — Tip. Barca, Napoli, 1933.

G. CAMPAILLA. *Contributo clinico allo studio dell'encefalite epidemica.* — Rinasc. Medica, Napoli, 1934.

C. CANTIERI e A. FURLEO. *Sui primi casi di anchilostomiasi accertati nella provincia di Pistoia.* — Soc. Ed. Libr., Milano, 1933.

U. SARAVAL. *Sulle fratture delle ossa della faccia.* — Officina Grafica Fresching, Parma, 1933.

L. CIARROCCHI. *Onico ed epidermicosi da epidermoplyton Rubrum.* — Tip. A. Cordani, Milano, 1933.

A. M. FIAMBERTI. *Il bismuto come antiluetico sperimentale in Italia fin dal 1798.* — Tip. P. L. Orfani, Brescia, 1933.

C. LUCCIONI. *Amebiasi a sindrome strana.* — Rinnovamento Medico, Napoli, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Profilassi delle malattie veneree.
Assistenza alle madri ed ai bambini.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Divisione Sesta, Sezione Prima) ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno e Autorità assimilate una circolare, N. 23500 - A. G./7156, in data 21 marzo 1934-XII, a firma di S. E. Mussolini, in cui si prospettano i gravi danni recati dalle malattie veneree, e specialmente dalla sifilide, alla compagine demografica, sia nei riguardi del numero (aborti, nati prematuri, nati morti, nati a forte mortalità), sia nei riguardi qualitativi e sanitari (minorazioni organiche). La circolare aggiunge:

Su queste importanti constatazioni si richiama la particolare attenzione delle EE. LL. acciò, rendendosi conto dell'entità del fenomeno sanitario e demografico, adoperino vigile e sapiente cura, con il concorso dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, per adottare ed integrare quelle maggiori provvidenze che, in rapporto alle esigenze ed ai bisogni locali, valgano a meglio assicurare, e nella misura più larga, l'assistenza alle donne sifilitiche durante la gravidanza, e la assistenza ai neonati eredo-luetici.

Alcune provvidenze richiedono a preferenza urgente attuazione.

1) *Accertamento dell'infezione sifilitica nelle gestanti* e conseguente *rigoroso trattamento curativo*.

A tale scopo reputasi indispensabile interessare i dirigenti dei consultori ostetrici e materni ad indagare con la maggiore cura e con disponibilità di mezzi tecnici le eventuali manifestazioni di sifilide nelle gestanti, provvedendosi ad eseguire, in tutti i casi sospetti, gli accertamenti sierologici opportuni.

Susseguentemente dovrà esplicarsi fattiva opera di persuasione per indurre le riconosciute infette a sottoporsi a tempestivo ed idoneo trattamento curativo.

Con ciò si apporta beneficio alla donna che vede decorrere la gravidanza con minore pericolo; si può scongiurare l'aborto; si evitano le gravi manifestazioni nel prodotto del concepimento.

Il trattamento curativo dovrebbe a preferenza eseguirsi presso i consultori materni, presso quelli delle cliniche ostetriche e di altri istituti di maternità, e se del caso anche nelle cliniche dermosifilopatiche, in modo che le madri siano attratte a frequentare detti centri di cura, senza dover ricorrere ai pubblici dispensari antivenerei, ai quali generalmente accedono non volentieri.

2) Assicurare il *ricovero delle gravide sifilitiche* negli Istituti assistenziali, anzichè nelle comuni sale celtiche, preferendo sempre i reparti di maternità, o meglio, quando se ne riconosca la necessità, le apposite sezioni ospedaliere.

Le spedalità consumate dalle donne gravide sifilitiche — potendo considerarsi alla stregua delle infezioni veneree in periodo di contagiosità, a causa del periodo di trasmissione della malattia al prodotto del concepimento — possono comprendersi tra quelle che vanno messe a carico dello Stato, ai termini delle disposizioni del regolamento legislativo 25 marzo 1923 n. 846, per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree.

3) Assicurare che i *brefotrofi* tengano in piena efficienza la *sezione per sifilitici* e che provvedano all'assistenza con rigorosa disciplina profilattica. È necessario, poi, disporre che per tutte le accettazioni di neonati si proceda sempre, e nel modo più rapido, all'*accertamento sierologico* della sifilide, da eseguirsi tanto per il bambino quanto per la madre, in modo che non sfuggano i casi di infezione latente e quelli con manifestazioni luetiche non caratteristiche ed evidenti.

È preferibile che tale servizio di accertamento venga eseguito presso il brefotrofio, e, qualora ciò non sia possibile, deve curarsi che esso venga espletato dal laboratorio provinciale di igiene e profilassi.

4) *L'assistenza ai bambini luetici* accolti nei brefotrofi deve, come norma, prestarsi nell'interno di essi, anche dopo cessato il periodo di allattamento; per cui occorrerà provvedere ad istituire speciali reparti ed *asili* per bambini luetici divezzi, in modo da avere così il controllo del trattamento assistenziale e di quello curativo, evitando anche la possibilità di diffusione del contagio.

I risultati, ottenuti altrove, provano che si può ottenere un notevole ricupero di bambini luetici ricoverati in asili specializzati, e ciò deve essere di sprone alle amministrazioni dei brefotrofi per il più largo sviluppo di queste provvide istituzioni, al fine di assicurare la maggiore tutela sanitaria dell'infanzia abbandonata.

5) Diffondere lè *consultazioni per l'infanzia* nell'intento anche di potere attuare la ricerca e la identificazione dei casi di eredo-lue nei bambini legittimi. Rendesi necessario, poi, che presso i consultori, presso gli ospedali infantili, presso le cliniche pediatriche ed eventualmente anche presso le dermosifilopatiche si stabiliscano *speciali centri di cura per la eredo-lue e la sifilide infantile*, nei quali le madri e le famiglie devono trovare tutte le possibili agevolazioni, che le incoraggino e le stimolino a condurre i propri bambini.

6) Esaminare il modo migliore per avere una precisa conoscenza dei casi di *sifilide congenita*, richiamando sull'importante argomento l'attenzione dei dirigenti gli istituti assistenziali e profilattici.

Questo in linea di massima il programma di

attività assistenziale, di cura e di profilassi che si prospetta alle EE. LL.

Per l'attuazione di esso si fa fondamento sull'opera personale delle EE. LL. e di codesto medico provinciale, che vorranno promuovere ed ottenere il concorso delle Amministrazioni e degli Enti, cui il Regime ha affidato l'altissimo compito della tutela della maternità e dell'infanzia.

Questo Ministero seguirà con speciale interesse l'attività che verrà spiegata, ed autorizza le EE. LL. ad avvalersi dei residui annuali dello speciale fondo, costituito presso la Prefettura per la profilassi delle malattie veneree, in modo da avere la possibilità di promuovere e dar vita alle anzidette istituzioni.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Bussi (*Pescara*). — Scad. 3 mesi dal 7 feb.; L. 8500 al lordo 12 %, 4 quinquenni dec., L. 1000 cavalc., L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 7 feb.

Camporgiano (*Lucca*). — Scad. 15 giugno; lire 9000 e 5 quinquenni dec.; trasporto L. 2000; c.-v.; se uff. san. L. 700.

Carpineto Sinello (*Chieti*). — Scad. 5 maggio; L. 9000 e 4 quadrienni ventesimo, addizionale L. 5 ogni povero oltre i 500, L. 300 rimborso spese gite alle frazioni, L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'8 marzo; età lim. 40 a.

Caserta. *Comune*. — Scad. 14 giu.; 7° Reparto; L. 9500; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Segreteria Comunale.

Como. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*. — Scad. 31 mag., ore 18; due dirigenti medici di Dispensari; L. 13.500 e 6 trienni dec.; riduz. 12 %; indenn. trasferta (pel 1934 L. 440 mensili lorde); età limite 45 a. al 15 marzo; doc. a 3 mesi dalla stessa data; titoli ed esami. Chied. annunzio. Rivolgersi Segreteria.
Avviso diretto.

Ferrara. *Ospedale Provinciale Psichiatrico*. — Scad. 14 apr.; medico primario e due medici di Sezione; stipendi L. 11.200 e L. 10.200, oltre L. 800 e L. 500 indenn. carica, L. 1500 serv. att., 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. Rivolgersi Segreteria Generale dell'Amministraz. Provinc.

Genova. *Spedali Civili*. — Scad. 9 mag., ore 15; vice direttore sanitario; età limite 45 a.; L. 22.500 oltre L. 2500 serv. att., 3 quadrienni di L. 1000; riduz. 12 %; titoli. Per le altre condizioni chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale S. Martino).

Genova Pontedecimo. *Ospedale R. Gallino*. — Scad. 30 apr.; chirurgo primario con funzioni di direttore, L. 6000; medico primario con funzioni di vice-direttore, L. 5000; medico chirurgo aiuto primario, L. 4000.

Guardiagrele (*Chieti*). — Concorso per titoli a due posti di medico condotto di detto Comune, a ciascuno dei quali è annesso l'annuo stipendio iniziale di L. 7000, aumentabile di L. 700 per ogni quadriennio e per cinque quadrienni, tenuto conto nel computo anche del periodo biennale di prova. Il tutto è al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Le domande, in bollo di L. 3, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e relative modalità possono desumersi dall'avviso di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Guardiagrele, la quale, a richiesta, fornirà quegli altri chiarimenti che si domanderanno, debbono pervenire alla Segreteria predetta non più tardi delle ore diciotto del 31 maggio 1934-XII.

Inzago (*Milano*). — Scad. 45 giorni dal 13 marzo; 1ª condotta; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 trasp., L. 1150 se uff. san.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 13 marzo.

La Spezia. *Comune*. — Scad. 31 mag.; 5° e 9° Reparto; L. 7200 e L. 8200, oltre 10 bienni ventes.; c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Ufficio Comunale Affari Amministrativi (Personale).

Londra. *Ospedale Italiano*. — È aperto il concorso di Assistente Medico Onorario (senza stipendio) presso l'Ospedale Italiano in Londra.

I candidati devono avere il titolo di libero docente in Clinica o Patologia Medica e devono essere registrati in Gran Bretagna.

Le domande devono inviarsi al Segretario dell'Ospedale (Queen Square, London, W. C. 1) non più tardi del 12 aprile.

Mazzarino (*Caltanissetta*). *Congregazione di Carità*. — Concorso per Chirurgo-Direttore dell'Ospedale Civile « S. Stefano » con lo stipendio di lire 14.000, indennità di carica di L. 2000, diritto del 50 % sulle operazioni chirurgiche a pagamento, cinque aumenti quadriennali del decimo del solo stipendio. Scadenza del concorso entro due mesi dalla data del presente avviso, che è del 20 marzo 1934-XII. Per maggiori schiarimenti rivolgersi presso la Segreteria della detta Congregazione di Carità.

Melilli. — (Vedere Siracusa).

Milano. *Pio Istituto di Santa Corona*. — Scad. 5 mag.; un posto di primario medico ed uno di assistente degli Ospedali Eliochirurgici ed Eliomedici in Pietraligure. Titoli ed esami. Rivolgersi Segreteria, via Cesare Correnti 13, Milano.

Modena. *Municipio*. — Scad. 15 mag., ore 17,30; 3° Reparto Forese; L. 9000 e 5 aumenti decimo (3 triennali e 2 quinquennali) oltre L. 1000 serv. att., c.-v., L. 2500 trasp.; riduz. 12 %; tassa lire 50,10; età limite 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 mar. Chiedere annunzio alla Segreteria; capitolato ostensibile presso l'Ufficio sanità ed igiene comunale (via Scudari 2).

Murazzano (*Cuneo*). — Scad. 30 apr.; Consorzio; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 4000 trasporto, c.-v.

Napoli. *Alto Commissariato per la Città e la Provincia*. — Scad. 15 maggio, ore 12; ufficiali sanitari per Castellammare di Stabia e per Pomigliano d'Arco; rispettiv. L. 12.000 e L. 9500; titoli ed esami; età limite 45 a. rispettiv. al 12 e al 14 mar.; doc. a 3 mesi dalle stesse date. Chiedere annunzi (all'Ufficio del Medico Provinciale).

Novi (*Modena*). — Scad. 10 giugno; L. 8000 oltre L. 2500 trasporto, c.-v.

PADOVA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 15 maggio 1934 è aperto il concorso ai posti di Coadiutore e di Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendi iniziali annui rispettivamente: L. 12.000 e L. 10.000, sei aumenti periodici di un decimo. Servizio attivo annuo rispettivamente: L. 1800 e L. 1500, compartecipazione del 10 % sui proventi di Laboratorio. Indennità caro-viveri come agli altri impiegati Provinciali. Il tutto ridotto delle trattenute di legge. Chiedere manifesto alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

PALAZZOLO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Scad. 30 apr.; condotta di Ponente; L. 9000 e 8 trienni dec. oltre L. 600 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 25-36 a.; tassa L. 50,10.

PAOLISI (*Benevento*). — Scad. 10 giugno; L. 6000, oltre 5 quadrienni dec., c.-v.

PESARO. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami, concorso al posto di Ufficiale Sanitario del Comune di URBINO. Stipendio iniziale L. 7000, al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %, di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491. Detto stipendio è suscettibile di quattro aumenti sessennali di un decimo ciascuno. Indennità di servizio attivo annue L. 1500 da decurtarsi del 12 %, e indennità caro-viveri nella stessa misura corrisposta agli altri Sanitari del Comune, nonchè L. 3500 di indennità annua, già decurtata del 12 %, per il servizio del Gabinetto di Igiene. La domanda, in bollo da L. 3, corredata dei prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità, possono desumersi dall'avviso di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Pesaro, dovranno pervenire alla predetta R. Prefettura non più tardi delle ore diciotto del 30 giugno 1934-XII.

PONCERALE FLERO (*Brescia*). — Scad. 31 mag.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 1500 due ambulatori; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

ROBELLA D'ASTI (*Alessandria*). — Posto di medico condotto del Consorzio Robello-Corteranzo. Stipendio e indennità di cavalcatura, lorde L. 9500. Indennità quale Ufficiale Sanitario L. 500. Scadenza 15 maggio 1934-XII.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Il Ministero comunica che accetta per un'eventuale ammissione a contratto domande di sanitari i quali desiderino recarsi nelle Colonie dell'Africa. Le domande devono essere redatte in carta bollata da lire cinque e devono contenere, oltre le generalità dell'interessato, anche un elenco di tutti i titoli di cui egli è in possesso, oltre alle eventuali benemerenze di guerra e fasciste.

È comunque obbligatoria l'iscrizione al P. N. F. e l'interessato non deve avere superata l'età di anni 30 elevata a 35 per gli ex-combattenti in genere e a 39 per i decorati al valore e per gli invalidi di guerra e della Causa nazionale. Per gli inscritti al P. N. F. anteriormente al 28 ottobre 1922 il limite di età è aumentato di un periodo pari a quello per cui anteriormente a detta data appartennero al Partito. L'accoglimento delle domande è subordinato in primo luogo alle eventuali richieste di personale sanitario da parte dei Governi coloniali ed in secondo luogo al possesso di tutti i requisiti richiesti, da vagliarsi a giudizio insindacabile del Ministero.

SANTA CROCE SULL'ARNO (*Pisa*). — Scad. 30 mag.; 1° Reparto; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre doppio c.-v., L. 700 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Concorso al posto di Ufficiale Sanitario nel comune di Melilli. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 7000 lorde della ritenuta del 12 %, oltre quattro aumenti quadriennali pari ad un decimo dello stipendio iniziale. Compensi per gli accertamenti e rilascio di certificati, come previsti nella tariffa approvata con Decr. Prefett. 20-12-1927. Non è inibito l'esercizio della libera professione. Le domande, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio del Medico Provinciale (R. Prefettura) di Siracusa, debbono pervenire all'Ufficio predetto entro quarantacinque giorni dalla data del 7 marzo 1934-XII.

TERAMO. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi e dei Coadiutori delle due Sezioni Medico-Micrografica e Chimica. Per il Direttore: stipendio annuo lordo L. 16.000; indennità servizio attivo L. 3000. Per i Coadiutori: stipendio annuo lordo L. 12.000; indennità servizio attivo L. 2500. Indennità caroviveri, come per legge e percentuale sui proventi per ricerche ed analisi. Su tutto riduzione del 12 %. Aumento stipendi per il Direttore ed i Coadiutori di L. 1200 in ciascuno dei cinque quadrienni. Età massima: per il Direttore anni 45, per i Coadiutori anni 35, salvo disposto art. 42 R. D. 30 settembre 1922 n. 1290: salvo esenzione di cui all'art. 9 del R. D. 16 gennaio 1927 n. 155 e con elevazione del limite di età, a' sensi del R. D. 23 marzo 1933 n. 227 per gli iscritti al P. N. F. Il concorso seguirà secondo le disposizioni sancite dal R. D. 16 gennaio 1927 n. 155 ed a parità di merito saranno applicate le norme di cui all'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 n. 2073 e quelle di cui all'articolo della Legge 6 giugno 1929 n. 1024, recante provvedimenti a favore dell'incremento demografico. Oltre documenti di rito, eventuali titoli scientifici e di carriera richiedesi: *a*) per i posti di Direttore e Coadiutore della Sezione Medica: diploma di abilitazione all'esercizio della professione, di medico-chirurgo o diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito entro il 31 dicembre 1924 o entro il 31 dicembre 1923 (art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923 n. 2889), e per la Sezione Chimica: diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico o di laurea in chimica, in chimica e farmacia od in chimica industriale conseguita entro i termini citati. Certificato d'iscrizione al P. N. F. Tassa ammissione L. 50,10. Scadenza ore dodici del 15 maggio 1934-XII.

URBINO. — Posto di Ufficiale Sanitario. (Vedi PESARO).

VENEZIA. *Amministrazione Provinciale.* — Scad. 30 apr., ore 18; medico vice-direttore presso gli ospedali psichiatrici provinciali; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 800 e di L. 1000, oltre L. 4200 serv. att., L. 1000 indenn. carica, alloggio per famiglia illuminato e riscaldato nell'Ospedale; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50 al Ricevitore provinciale (Cassa di Risparmio di Venezia); doc. non anteriori all'1 marzo. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

VEROLANUOVA (*Brescia*). — Scad. 31 mag.; 1ª cond.; L. 9000 e 6 quinquenni dec.; addizionale L. 3 per ogni povero oltre il 20 % della popolaz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; obbligo servizio nell'Ospedale Civile; tassa L. 50,10.
Boll. Naz., 26 mar.

VOLTERRA. *Ospedale Psichiatrico*. — Vice direttore, primario anatomo-patologo-igienista, primario criminologo. Scad. 5 maggio. (Vedi prec. N. 12).

AVVERTENZA. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.**

CONCORSI A PREMI.

Premio Umberto I.

L'Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna ha bandito il concorso al premio Umberto I per un premio di L. 3500 che verrà assegnato, secondo il deliberato del Consiglio provinciale di Bologna, alla migliore opera od invenzione ortopedica. Al concorso possono prendere parte medici italiani e stranieri. Il regolamento sarà inviato a richiesta. Domanda al presidente dell'Istituto. Scad. 31 dicembre 1934.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Reggente d'Ungheria, per mezzo del Ministero della Educazione Nazionale, ha conferito la decorazione di secondo grado della Croce Rossa Ungherese ai proff. Arlotta, Beretta, Cavina e Grandi, il primo presidente e gli altri vice-presidenti di organizzati Congressi internazionali di stomatologia. La consegna delle decorazioni è stata fatta solennemente dal Rettore Magnifico dell'Università di Milano, prof. Livini, al prof. Arlotta.

L'Università Tulane di Saint Louis ha conferito la medaglia Matas per la chirurgia vascolare al dott. M. R. Reid, di Cincinnati.

L'Associazione Americana per il progresso della Scienza ha assegnato un premio di 1000 dollari al prof. R. L. Kahn per il suo studio « Reazione tissulare nell'immunità ».

L'Università Columbia di New York ha assegnato la medaglia Nichols al dott. H. C. Sherman, professore di chimica, per i suoi studi sulle vitamine.

Il prof. N. C. Foot, dell'Università di Cincinnati, è stato chiamato alla cattedra di anatomia patologica dell'Università Cornell a Ithaca (New York).

Quale successore del prof. Hoche, ordinario di psichiatria a Friburgo i. Br., andato a riposo di propria iniziativa, è nominato il prof. K. Beringer, aiuto alla clinica psichiatrica di Monaco.

Quale successore del prof. Wolf, ordinario d'igiene a Tubinga, andato a riposo per limiti d'età, è nominato il prof. H. Dold di Kiel.

Il dott. prof. Georg Magnus, primario nella Sezione chirurgica dell'Ospedale « Begmannsheil » di Bochum, è nominato professore all'Università di Berlino. Egli si è formato alla Scuola di Bier. A sostituirlo è stato chiamato il lib. doc. Berkle-de la Camp, di Monaco.

Il prof. Ernst Czyhlarz è nominato primario della I Sezione Medica dell'Ospedale Generale di Vienna, quale successore del prof. J. Pal, andato a riposo per limiti d'età.

Il dott. Rollo C. Baker è stato chiamato alla cattedra di anatomia del Collegio medico dell'Università statale dell'Ohio, quale successore del defunto prof. Francis L. Laudacre; da lunghi anni egli apparteneva all'Istituto; come il suo predecessore, non è medico, ma naturalista.

Il dott. Anibal Ariztía è nominato presidente della Società cilena di pediatria.

Il dott. Luis Prunés è nominato presidente della Società Medica del Cile.

Il dott. Enrique León García è nominato presidente della Società peruviana di pediatria.

Il prof. E. Sorrel ha rinunziato alla cattedra di clinica chirurgica di Strasburgo, per riassumere la sua attività all'Ospedale Trousseau di Parigi.

Il dott. Fr. Zollinger, libero docente, medico di circolo dell'Istituto svizzero per le assicurazioni infortuni, è nominato professore di medicina infortunistica alla Facoltà medica di Zurigo.

Il dott. Ernst Anders, libero docente, esercente a Zurigo ed a Engishofen (Turgovia), è nominato professore di ginecologia e ostetricia alla Facoltà medica di Zurigo, in sostituzione del prof. K. M. Walthard, deceduto.

Il prof. M. Kirschner, clinico chirurgo di Tubinga è chiamato ad Heidelberg.

NOTIZIE DIVERSE.

In merito all'Assicurazione contro le malattie professionali.

La Società di Medicina Legale di Roma, nella seduta del 16 marzo, in occasione di una comunicazione del prof. O. Bellucci « Osservazioni sull'Assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali », dopo ampia discussione sui problemi riguardanti la cultura del medico di fabbrica e la nomina dei periti, alla quale presero parte l'on. Dore e i proff. Ottolenghi, Diez e Bellucci, ha approvato il seguente ordine del giorno:

« La Società di Medicina Legale di Roma ritiene che, nell'interesse di una efficace applicazione della provvida Legge sull'« Assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali », debba essere assicurata nei Corsi Universitari agli studenti la più completa e ampia preparazione nelle discipline mediche fondamentali, e che la speciale cultura nelle malattie professionali debba essere acquisita con insegnamenti post-universitari.

« Rammarica che la funzione arbitrale e peritale sia stata nella nuova Legge riservata a docenti e medici specializzati in Medicina del Lavoro, ove questi esistano, escludendo così altre competenze che si ritengono indispensabili per la retta applicazione della Legge ».

Congressi sanitari a Vienna.

Nel periodo dal 9 al 15 luglio avrà luogo a Vienna un convegno medico, durante il quale si terranno diverse riunioni: dei medici pratici, specialisti, chirurgi, dermatologi, internisti, oculisti, laringologi, stomatologi, militari, addetti ad uffici d'igiene, alla polizia, ai sanatori ecc. Oltre queste riunioni si prevedono anche manifestazioni per i farmacisti ed i veterinari e si preparano pure esposizioni tecniche. Si organizzano corsi speciali: sul cancro, sui reumatismi ecc.

Accanto al lato tecnico è previsto anche un ricco programma di festeggiamenti. Gli ospiti saranno accompagnati a visitare i capolavori artistici, le curiosità e le bellezze di Vienna e dintorni. Alla fine delle riunioni saranno organizzati viaggi automobilistici e ferroviari attraverso le più belle regioni delle provincie alpine dell'Austria.

Le iscrizioni si ricevono alla Rappresentanza Ufficiale dell'Ente Nazionale Austriaco del Turismo, piazza del Popolo 18, Roma, dove si possono anche richiedere i programmi dettagliati della manifestazione.

Il numero degli studenti stranieri di medicina in Francia.

Esso segna un aumento considerevole durante gli ultimi anni. Così nel 1914 le Facoltà di medicina francesi contavano complessivamente 8533 studenti, fra cui 1368 stranieri; nel 1932 si era, rispettivamente, a 19.220 e 4285. Sovratutto Parigi richiama dall'estero molti studenti di medicina: nel 1932 ve n'erano 3232 e l'anno dopo si era saliti a 3516. Un tempo il fatto era considerato con compiacenza, come indice del prestigio della medicina francese e quale mezzo d'irradiazione culturale; ma ora comincia a destare preoccupazioni. Le aule sono sovraffollate e l'insegnamento ne risulta difettoso. Dopo aver conseguito il diploma, molti stranieri si naturalizzano e fanno concorrenza ai medici francesi. Nelle altre Facoltà universitarie — di lettere, legge, scienze ecc. — l'affluenza è meno marcata; anzi v'è una certa diminuzione; così in quest'anno scolastico a Parigi tutte le Facoltà contavano 35.365 studenti, contro 33.821 dello scorso anno: sono dunque in aumento, ma gli stranieri sono diminuiti: 7496 contro 7504.

Riduzione nel numero degli studenti universitari in Germania.

Come già annunziammo, il Potere esecutivo ha stabilito che il numero degli studenti ammessi nelle Università durante il 1934 non debba superare la cifra di 15.000, invece di 25.000 come fu nel 1933. Si sono fissate delle quote: 9000 per la Prussia, cioè oltre la metà del totale; 1670 per la Baviera; il minimo spetta allo Schaumburg-Lippe, con 12; segue Lubecca, con 34. Ora si pone il problema: le tre nuove Università istituite nel dopo-guerra, cioè Amburgo, Francoforte sul Meno e Colonia, devono restare? E il numero delle vecchie università deve ridursi? Le piccole università si troveranno certo a dover lottare per l'esistenza.

Nelle scuole secondarie vi sono 120.000 studenti, che dovranno ridursi a 60.000. Si prevedono 4 anni per ristabilire l'equilibrio. Negli ultimi anni vennero diplomati 44.000 studenti l'anno dalle scuole secondarie, e di essi 25.000 entravano nelle università; ora 10.000 di questi rimarranno fuori: che fare di tanta massa di studenti sottratti alla carriera per la quale si andavano preparando? E come avverrà la selezione? Si discute su varî criteri, come il successo nella scuola, la capacità critica, il valore politico. Intanto, una limitazione sensibile verrà data riducendo il numero delle donne, che per ora non dovranno superare il 10 %, mentre di anno in anno la proporzione andrà assottigliandosi; si vuole così richiamarle alla famiglia. Un'altra limitazione si avrà riducendo le ammissioni nei riguardi delle razze non ariane. Il rettore dell'Università di Berlino, Tugen Fischer, ha annunziato che, secondo una disposizione del ministro prussiano della scienza, dell'arte e dell'educazione, non si concederà l'esercizio professionale agli attuali studenti medici o dentisti non ariani: quindi per loro è superfluo di continuare gli studi. Maggiori facilità hanno gli studenti stranieri di medicina o di odontologia, anche se non ariani; perciò si ricorre ora ad una scappatoia: molti studenti ebrei rinunziano alla cittadinanza tedesca e poi s'immatricolano come stranieri.

Per i concorsi banditi da enti pubblici, si è abbassato il grado dei titoli di studio richiesti: si vuol evitare, così, che posti inferiori siano occupati da persone con titoli di studio superiori; ma intanto queste persone rimangono più facilmente disoccupate.

Istituti oncologici nella Czecoslovacchia.

Un'associazione costituitasi a Praga una ventina di anni or sono per combattere il cancro, ha ora raccolto somme sufficienti per fondare un Istituto, che in parte verrà sussidiato dal Governo. Un'associazione analoga si è costituita a Brno e ora sta organizzando un centro anticanceroso, in un edifizio a sè, il quale è prossimo ad essere completato.

Asili per oppiomani nella Manciuria.

Nella Repubblica della Manciuria i tossicomani sono in numero elevatissimo: la quasi totalità degli adulti! Il Governo ha dichiarato di voler sradicare il vizio, e spera di riuscirvi in mezzo secolo... Molte difficoltà sono però previste.

L'Asilo di Mukden per i maniaci dell'oppio sarà ingrandito, in modo da poter ospitare e trattare 2000 casi al mese. Si ha il proposito non solo di curare gl'intossicati, ma anche di rieducarli; inoltre l'Asilo funzionerà da ufficio di collocamento. Nella capitale della Manciuria sono stati ora istituiti, oltre a questo, due nuovi asili per oppiomani.

I dottori honoris causa dell'Università di Parigi.

La « Vie Médicale » ha ricavato dagli « Annales de l'Université de Paris » (1934, n. 1) la lista delle personalità nominate dottori *honoris causa* dalla Facoltà di Medicina dell'Università di Parigi. Essi sono (indichiamo anche la data di nomina): Brachet (Bruxelles) 1919; Bordet (Bruxelles) 1922; Ehlers (Copenaghen) 1922; Keen (Filadelfia) 1923; Golgi (Pavia) 1923; Wright (Londra) 1924; Ramon y Cajal (Madrid) 1924; Pavlow (Pietrogrado) 1925; Noguchi (New York) 1925; Chagas (Rio de Janeiro) 1926; Medin (Stoccolma) 1926; Henrijean (Liegi) 1927; Fibiger (Copenaghen) 1927; Thayer (Baltimora) 1928; Roux (Losanna) 1929; Zwaardemaker (Utrecht) 1930; Cannon (Boston) 1931; Sanarelli (Roma) 1932; Marañon (Madrid) 1932; Cushing (Washington) 1933; Volhard (Francoforte sul Meno) 1933.

Un po' dovunque.

Il 1° Congresso internazionale di gastroenterologia, come abbiamo annunziato, era stato indetto a Bruxelles dal 5 al 7 agosto, ma è stato rimandato all'8-10 dello stesso mese. Tra i relatori sono i proff. M. Donati (Milano) per la chirurgia e V. Dall'Acqua (Milano) per la radiologia. Rivolgersi al segretario generale Dr. Georges Brohée, rue de la Concorde 64, Bruxelles.

La 7ª riunione della Società tedesca per gli studi sulla circolazione si terrà nei giorni 16 e 17 aprile a Bad Kissingen. Tema di relazione: « Trombosi ed embolia »; relatori principali: L. Aschoff (Friburgo) per la parte dottrinaria, P. Morawitz (Lipsia) e L. Nürnberger (Halle) per la parte clinica; vi saranno varî correlatori. Tra le comunicazioni annunziate sono quelle di W. Galli (Milano), E. Greppi (Catania), R. Martinetti (Catania). Rivolgersi a: « Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung », Residenzstr. 32, Dresden-Bl., Germania.

La Società tedesca di patologia si adunerà dal 23 al 25 maggio in Rostock, località scelta allo scopo di agevolare la partecipazione, al convegno, dei patologi dei Paesi del nord. Si è ottenuto che il prof. Folke Hanschen di Stoccolma riferisca sul tema « Gliomi ». La riunione sarà presieduta dal prof. W. Hueck di Lipsia; ne saranno segretari i dottori W. Fischer di Rostock e B. Gruber di Gottinga.

La Lega tedesca di psichiatria si adunerà dal 23 al 25 maggio a Münster (Vestfalia). Informazioni presso il Dr. G. Ilberg, Schubertstr. 4, Dresden-Bl., Germania.

La 14ª riunione dell'Associazione Britannica di Dermatologia e Sifilologia si terrà nei giorni 6 e 7 giugno a Newcastle on Tyne, sotto la presidenza di Sir Robert Rolam.

L'Associazione degli anatomici americani ha tenuto la sua 15ª riunione dal 29 al 31 marzo nella Scuola medica dell'Università di Pennsylvania.

La Società Medico-Chirurgica Veneziana si è adunata il 20 febbraio, sotto la presidenza del prof. G. B. Fiocco, assistito dal segretario dott. A. Vanni; furono fatte comunicazioni dai dottori prof. C. Pasinetti, S. D'Arman, V. Gallimberti.

La Sezione Giuliana della Società Italiana di Biologia Sperimentale si è adunata a Trieste il 6 marzo, sotto la presidenza del prof. G. Revoltella. Il prof. Meneghetti tenne un'interessante conferenza sui veleni. Furono fatte comunicazioni dai dottori Monterunici, prof. P. Iacchia, A. Nordio, M. Geyer, Colavecchio.

Nella seconda quindicina di aprile verrà tenuto in Milano, per iniziativa dell'Associazione Volontari Italiani del Sangue, e col concorso di professori della Facoltà di Medicina della R. Università, un corso di aggiornamento sulla trasfusione del sangue. Esso comprenderà dieci lezioni ed esercitazioni, ed avrà la durata di circa dieci giorni. Verrà rilasciato attestato di frequenza. La partecipazione non è subordinata al pagamento di alcuna tassa. Rivolgersi alla Direzione Centrale dell'A.V.I.S., via Palermo 1, o alla redazione della Rivista « Il Sangue », via Moscova 18, in Milano.

La Facoltà medica di Siena ha elevato il corso libero di odontoiatria a corso pareggiato obbligatorio, con 3 ore settimanali; l'ambulatorio pubblico, ampliato, diverrà un Istituto autonomo.

Il prof. R. Freund, della Clinica Universitaria della Charité a Berlino, ha tenuto nella R. Clinica ostetrico-ginecologica di Firenze una lezione sulle tossicosi gravidiche.

Il 12 marzo all'Istituto « Benito Mussolini », Clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio, il prof. Neumann, della Clinica medica di Vienna, ha tenuto una conferenza su « Gli enigmi della tubercolosi ».

Anche quest'anno la Fiera di Milano (12-27 aprile) avrà la sua « Giornata del Medico », organizzata dall'Ufficio Stampa Medica Italiana col l'appoggio del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici. Il convegno è per il 23 aprile, ore 8,30, all'ingresso principale della Fiera (piazzale Giulio Cesare). Nessuna quota di inscrizione; ma sarà bene, per motivi di organizzazione, inviare al più presto la propria adesione all'Ufficio, via Vallazze 39, oppure al Sindacato Prov. Fascista dei Medici, piazza Duomo 10, Milano.

La Fondazione « Omnia Orientis » di Milano (via Manzoni 39), nell'intento di valorizzare le nostre Colonie e divulgarne il più possibile la conoscenza, organizza per il prossimo settembre la prima Crociera Medica Coloniale, col seguente itinerario: Venezia-Brindisi-Malta-Tripoli-Bengasi-Alessandria-Rodi-Coo-Atene-Bari-Roma; durata: 15 giorni circa; prezzo a persona L. 1000, ovvero L. 1200 (per cabine a 2 posti). Chiedere il programma.

Per il 4° Congresso internazionale sul reumatismo l'Agenzia Wagon-Lits Cook offre due forfaits, a L. 3054 e 2405 (viaggi in 1ª od in 2ª classe, alberghi di 1ª o di 2ª categoria, rispettivamente); partenza da Verona il 27 aprile, ritorno a Venezia il 17 maggio; soste a Berlino, Varsavia, Praga, Vienna e in varie città russe.

L'Istituto Nazionale della Nutrizione, con Scuola di Dietetica, del Municipio di Buenos Aires, aveva sede nell'Ospedale Rawson; ora è stato trasferito nell'Istituto Pasteur (calle Gaona 250), per ragioni di comodità e perchè possa attendere meglio al servizio pubblico che è chiamato a prestare.

L'avv. cav. Antonio Zelaschi, morto a Voghera, ha lasciato, all'ospedale civile della stessa città, dei beni realizzabili in oltre 4 milioni di lire; ha fatto altri lasciti cospicui.

La vedova del prof. Recaséns — il quale è morto di cancro — ha istituito un fondo di circa 600.000 lire it., i cui interessi sono destinati a premiare i migliori contributi sul cancro.

Il Municipio di Parigi ha celebrato, il 22 marzo, i 50 anni di mandati pubblici del sen. Paul Strauss, ex consigliere municipale, attivo promotore dell'igiene sociale. Vennero pronunziati varî discorsi ufficiali e fu consegnata al sen. Strauss una medaglia d'oro.

Si è celebrato il 60° compleanno del prof. Julius Petrivalsky, direttore della Clinica chirurgica dell'Università di Brno, noto specialmente per i suoi contributi alla chirurgia dei tumori maligni. È autore di tre manuali di chirurgia.

Il prof. Emil Feer, emerito di pediatria a Zurigo, ha festeggiato il suo 70° compleanno.

Il « Guy's Hospital » di Londra ha fatto dono, all'Istituto di fisiologia del Collegio medico dell'Università di Cincinnati, di tre sezioni dei reni in cui Richard Wright descrisse la malattia che ne porta il nome. Dei reni studiati ne avanzano, appunto, tre. Una delle sezioni è colorata con violetto di metile e mostra alterazioni amiloidi; le altre due sono colorate con ematossilina ed eosina. La prima riguarda una descrizione fatta nel 1827; le altre due si riferiscono ad una pubblicazione comparsa nel 1831 sui « Guy's Hospital Reports ».

Gli « Annals of Surgery » hanno commemorato con un volume speciale in proprio cinquantennio di vita: essi comparvero nel 1884 come continuazione degli « Annals of the Anatomical and Surgical Society » fondati nel 1878.

Un numero speciale dell'« American Journal of Pathology » è stato dedicato al prof. F. B. Mallory, che dal 1928 insegna patologia alla Scuola Medica Harvard di Boston, in occasione del 70° compleanno e dell'inaugurazione del nuovo Istituto di patologia, che ne porterà il nome.

Nel 1934 la « Deutsche Medizinische Wochenschrift » e « La Riforma Medica » compiono rispettivamente un sessantennio e un cinquantennio di vita. Ai due noti e accreditati periodici va il nostro saluto augurale.

La Croce Rossa Belga ha messo a punto il servizio di trasfusione del sangue, il quale potrà funzionare definitivamente a partire dal 15 aprile. Nel Comitato consultivo ed in quello tecnico sono stati chiamati le maggiori personalità della medicina e dell'igiene del Belgio.

Il dott. H. Hoske, medico consigliere dell'« Ufficio per la gioventù » del « Fronte del lavoro tedesco », è stato comandato all'Istituto d'Igiene di Berlino, per compiervi delle ricerche scientifiche vaste, nel campo della sua attività specializzata.

L'Accademia di Medicina di Cleveland ha organizzato una mostra di opere d'arte e di collezioni dovute a medici. Gli espositori furono 75. Quadri ad olio, acquarelli, disegni varî, sculture, fotografie, intagli e incisioni in legno, disegni di mobili, dispositivi meccanici, gioielli, costituivano le opere personali; le collezioni riguardavano oggetti svariatissimi, tra cui stetoscopi, trofei, terre cotte, libri antichi, ecc.

Il Senato francese ha soppresso l'obbligo, per i medici, di rilasciare ai clienti la ricevuta delle somme percette; ma i medici dovranno tenere un giornale, in cui registreranno quotidianamente, nei dettagli, tali somme.

Un decreto del Presidente della Repubblica francese ha creato un ufficio speciale per tenere sotto controllo il commercio degli stupefacenti: oppio, morfina, eroina e cocaina. L'Ufficio dipende dalla « Sureté générale », cioè dalla Polizia; accentra tutti i servizi relativi agli stupefacenti: agricoltura, commercio, affari esteri, giustizia, farmacia, costumi.

A Milano è stato autorizzato lo stazionamento delle autovetture di medici in tutte le strade e arterie stradali, per la durata di 45' invece di 15', purchè i medici siano muniti di tessera rilasciata dal Podestà e vistata dal Sindacato medico fascista.

Il dott. Pietro Cassinelli, di Brusson (Val d'Aosta), aveva ucciso la moglie, dottoressa in chimica e farmacia; la Corte d'Assise di Alessandria lo assolse per totale infermità di mente, poichè egli era sotto l'azione di stupefacenti, che usava per placare dolori consecutivi a caduta da bicicletta; il P. M., che aveva chiesto una condanna a 10 anni, interpose ricorso; la Suprema Corte ha rigettato il ricorso.

Con profondo rammarico registriamo la perdita del prof. PIO PEDICONI, direttore dell'Ospedale di S. Gallicano in Roma, carica nella quale egli succedette al suo Maestro prof. Gaetano Ciarrocchi.

Il prof. Pediconi ha fatto ampliare e completamente rimodernare questo grande ospedale per dermosifilopatici, rendendolo degno dei tempi nuovi. Ha prestato opera professionale attiva, assidua, disinteressata, con alto senso umanitario e sociale.

Ha avuto parte notevole nell'amministrazione cittadina, prima come consigliere e poi come assessore per l'igiene. Fu tra i fondatori dell'Associazione Nazionalista, e quindi Fascista, e ha ricevuto cariche e mansioni importanti dalla fiducia del Regime.

Per la cortesia e la bontà era generalmente amato. Alla famiglia vanno le nostre condoglianze vivissime.

A. P.

A soli 31 anni è stata bruscamente troncata la vita del dott. MARIO SABATUCCI, figlio del reputato urologo dott. Riccardo.

Assistente nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma, aveva conseguito da poco la docenza in batteriologia. Ottenne notorietà nel mondo scientifico per una scoperta, fatta insieme ad A. Alessandrini, riguardante l'impiego della tripaflavina nella differenziazione delle fasi dei germi; scoprì anche la dissociazione dello stafilococco e fece altri studî notevoli, di serologia e sulle infezioni. Collaborò con A. Alessandrini ed E. Pampana in un manuale di tecnica di laboratorio, il quale ha avuto largo successo.

Si faceva molto apprezzare per la capacità espositiva e per la tecnica impeccabile.

Si era formata una cultura assai vasta e solida; ma non circoscriveva la sua attività nell'ámbito degli studî. Dotato di rare qualità artistiche, seppe coltivarle (conseguì il diploma di violino all'Accademia di Santa Cecilia); era anche un valente ed appassionato sportivo.

Al padre, alla famiglia tutta, esprimiamo il nostro commosso cordoglio. L. V.

Apprendiamo all'ultimo momento la perdita del prof. sen. LUIGI SIMONETTA. Dell'illustre sanitario, patriota e filantropo, ci riserviamo di parlare nel prossimo numero.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Settembre 1933

Malattie	4-17		11-17		18 24		25/9-1/10			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	142	590	127	449	132	582	118	394	—	—
Scarlattina	139	292	118	277	132	285	156	354	—	—
Varicella	33	45	40	56	53	79	60	109	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	566	1223	572	1205	591	1251	475	948	—	—
Difterite e Croup	287	506	267	468	274	487	212	453	—	—
Meningite cerebro-spinale	5	5	6	7	9	9	5	5	—	—
Encefalite letargica	2	2	1	1	2	2	3	3	—	—
Poliomielite cutanea ac.	9	10	14	16	14	15	9	10	—	—
Dissenteria	26	53	20	27	21	23	21	32	—	—
Pustola maligna	31	42	36	44	50	77	32	43	—	—

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

Aborto Roentgen . . . . Pag. 542
Acque superficiali: approvvigionamento con — . . . . » 543
Alopecia da tallio . . . . » 548
Anestesia generale chirurgica . . . . . » 551
Argento colloidale: azione peristaltogena . . . . » 535
Ascessi polmonari da deglutizione . . . » 550
Ascesso polmonare: batteriemia passeggera da « viridans » consecutiva . . . » 550
Asma: rapporti con lo stato meteorico » 553
Bibliografia . . . . » 544
BEHRING E. v. . . . . » 546
Burri: vitamina A . . . . » 549
Cellulite . . . . » 541
Cervello: asportazione di un emisfero . » 553
Cervello: spasmi vasali silviani . . . . . » 536
Corpi estranei nelle vie respiratorie . . » 550
Cranio: traumi . . . . » 546
Difterite: ricerche . . . . » 547
Distrofia infantile con sintomi di acrodinia . . . . » 547
Dolore: chirurgia del — . . . . » 537
Echinococcosi dei muscoli della regione lombare . . . . » 533
Emorragia gastrica post-operatoria: profilassi . . . . » 530
Fegato: tubercolosi neoplastiforme . . . » 548
Gonoreazione . . . . » 542
Ipnotici non alcaloidei: usi e pericoli . » 538
Ipofisi ed epifisi: rapporti . . . . Pag. 546
Malattie veneree: profilassi; assistenza alle madri ed ai bambini . . . . » 554
Microscopio a fluorescenza . . . . » 549
Occlusioni intestinali: alterazioni del pancreas . . . . » 546
Peristalsi intestinale: ricerche . . . . . » 552
Pleuriti: banda di coagulazione secondo Weltmann . . . . » 523
Pneumotorace: ernia mediastinica . . . » 547
Pneumotorace: pleurite provocata . . . » 547
Rachianestesie 549, 551, 552
Reazione intrauretrale alla tubercolina » 552
Sangue defibrinato: isotossicità . . . . . » 549
Schizofrenie: piretoterapia . . . . » 540
Streptococco: caratteri . . . . » 549
Suppurazioni polmonari: iniezioni endovenose di alcool . . . . » 550
Tabe: topoalgia parossistica; cordotomia . . . . » 538
Tossina tetanica: ricerche . . . . » 548
Tubercolosi laringea: cura . . . . » 551
Tubercolosi polm.: bacilluria . . . . . » 547
Tubercolosi: ricerche . . . . » 548
Urina di donna gravida: reazione speciale . . . . » 553
Vaccinazioni antidifteriche . . . . » 548
Vomito incoercibile delle gravide: terapia . . . . » 546
Xantomi infantili . . . . » 547

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 16 Aprile 1934 - XII Num. 15

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: M. Margottini: Il taglio cesareo transperitoneale in anestesia locale.

Note e contributi: F. D'Angelo: Intorno alla cura delle emottisi col metodo Giuffrida.

Osservazioni cliniche: P. Biagi: Su di un caso di lussazione posteriore monolaterale della mandibola.

Problemi discussi: P. Alessandrini: Vedute attuali in tema di gastrite cronica.

Sunti e rassegne: ENDOCRINOPATIE: H. Desoille: Le sindromi paratiroidee. — E. Kylin: Le alterazioni del ricambio degli idrati di carbonio nelle sindromi preipofiso-surrenali. — RENI E VIE URINARIE: F. Rathery e P. Froment: Le classificazioni delle nefriti. — Hortolomei e Katz-Galatzi: Contributo allo studio della uretrografia. — M. R. Dreyfus: L'urografia endovenosa nella tubercolosi renale.

Divagazioni: La forma corporea di Dante.

Notizia bibliografica. — Cenni bibliografici.

Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Lombarda di Medicina. — Società Medico-Chirurgica di Pisa. — R. Accademia dei Fisiocritici di Siena. — Società Medico-Chirurgica di Modena.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Alcune osservazioni sull'acloridria e sull'anemia. — Su alcuni nuovi sintomi dell'anemia semplice acloridrica. — Il trattamento dell'anemia ipocromica con i sali ferrosi solubili. — Sulla risposta ematopoietica alla iniezione intramuscolare di succo gastrico umano. — Azione opoterapica del sangue trasfuso. — L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA: L'auto-uro-terapia. — NOTE DI TECNICA: La colorazione del bacillo difterico. — IGIENE: Oscillazioni e gravità della sifilide in Italia. — MEDICINA SCIENTIFICA: La metallo-prevenzione della sifilide con preparati d'oro. — VARIA.

Nella vita professionale: Servizi igienico-sanitari. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

PIO ISTITUTO DI SANTO SPIRITO
ED OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.

Il taglio cesareo transperitoneale in anestesia locale.

Dott. MARIO MARGOTTINI, chirurgo aiuto.

L'anestesia locale ha invaso oramai ogni campo dell'attività chirurgica e tende giustamente ogni giorno di più a sostituire i vecchi e i nuovi metodi di anestesia generale, e spesso anche la rachianestesia.

Benchè i suoi vantaggi siano ormai sanciti da un numero infinito di operazioni della più svariata importanza, essa nella chirurgia ostetrica ha raggiunto una discreta diffusione soltanto in America, mentre in Europa e specialmente in Italia — a giudicare dalla letteratura — è usata poco o nulla.

Se è giusto riconoscere con Pauchet che ogni metodo di anestesia presenta la maggiore opportunità a secondo dei casi, è anche esatto affermare che l'anestesia locale soffre del minor numero di controindicazioni e che perciò dovrebbe essere quella più frequentemente usata.

Per la completa assenza di disturbi durante l'operazione, e per la grande benignità del decorso postoperatorio essa rappresenta il metodo di anestesia più innocuo per il paziente. Già il grande vantaggio che ha di risparmiare agli operandi ciò che per molti di essi è un vero incubo — la perdita della coscienza — basterebbe da solo a farla preferire alla narcosi.

In confronto alla rachianestesia poi ha la superiorità di non modificare affatto la pressione e la circolazione sanguigna. Questi pregi hanno ancora maggior valore quando si tratta della esecuzione del taglio cesareo perchè allora dobbiamo tener conto non soltanto della paziente, che per le sue speciali condizioni presenta spesso modificazioni del sistema nervoso, ma anche del feto.

L'anestesia locale per la sua azione prettamente localizzata ai soli tessuti che debbono

venire interessati dall'operazione, e perchè bloccando i nervi del campo operatorio non provoca riflessi nè sugli organi vicini nè a distanza sui centri, rappresenta la sostanza meno tossica non soltanto per la madre ma anche per il feto, già che non influisce affatto sulla circolazione cardio-placentare. Dopo l'operazione poi la quasi costante assenza di nausea e di vomito, e quindi di sforzi, risparmia alla p. quegli stiramenti dolorosi della ferita che sono la causa principale delle sofferenze durante i primi giorni della convalescenza.

La benignità del decorso postoperatorio acquista singolare importanza in ostetricia perchè la p. è madre e nutrice.

Sembra perciò strano che la anestesia locale non si sia fatta quella strada che i suoi pregi le hanno aperto: forse Allen ha ragione quando dice che se la sua scoperta avesse preceduto quella della anestesia generale essa avrebbe oggi raggiunto una diffusione molto maggiore. Gli svantaggi del metodo sono per l'operatore che deve impiegare più tempo per l'intervento, ma questa obbiezione non ha valore nei riguardi della cesarea che è operazione d'eccezione e non abituale.

Le controindicazioni al suo uso nel T. C. sono molto poche: soltanto le gravide epilettiche, eclamptiche, o molto nervose non possono beneficiare di esso.

L'indicazioni assolute del metodo mi sembra debbano essere le malattie polmonari e cardiache, le affezioni renali, gli stati di esaurimento da travaglio prolungato, l'acidosi, le anemie acute da emorragia.

Williamson giustamente fa osservare che il T. C. transperitoneale si presta ottimamente alla anestesia locale già che il segmento inferiore si trova subito al disotto dell'incisione addominale, ed infatti per metterlo bene in evidenza non è necessario altro che un modico divaricamento dei margini della parete.

Ciò che si richiede a chi opera è la pazienza di anestetizzare metodicamente e bene il campo operatorio, e di usare gentilezza nelle manipolazioni, a chi assiste di non fare mai trazioni brusche o inutili. La anestesia locale non è la anestesia della chirurgia grossolana.

Il T. C. fatto in queste condizioni richiede un tempo un poco maggiore di quello eseguito in rachianestesia o in narcosi, ma questo piccolo inconveniente — che non è di alcun nocumento per la paziente — è insignificante rispetto ai vantaggi che esso offre. Nei casi da me operati fu anche possibile praticare la salpingectomia quando si ritenne indicata; non si asportò invece l'appendice come si faceva sistematicamente nel T. C. in rachianestesia.

Nella Maternità dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia dove nel 1932 il T. C. venne eseguito abitualmente in rachianestesia, dal gennaio all'agosto 1933 la anestesia lombare fu usata una sola volta in un soggetto molto nervoso, e la narcosi in una eclamptica.

Gli altri otto T. C. furono fatti in anestesia locale con ottimo successo. All'intervento tollerato perfettamentte seguì un decorso postoperatorio costantemente benigno, privo di qualsiasi disturbo a carico dell'apparato respiratorio e della peristalsi intestinale, e le operate non ebbero a soffrire che una lieve dolenzia della ferita.

Questo numero d'interventi benchè modesto, dato l'esito costantemente felice, mi sembra sufficiente a ritenere con Daels che rachianestesia e narcosi andrebbero usate soltanto quando la anestesia locale non possa farsi o debba riuscire insufficiente.

Ho sempre adoperato la novocaina in soluzione all'1 % e al 0.50 % senza aggiunta di adrenalina al millesimo, per timore che l'ischemia che questa determina diminuisse la vitalità dei tessuti. L'incisione mediana sottombellicale d'altra parte non richiede che una emostasi molto limitata.

In un caso soltanto si ebbe infezione superficiale e localizzata del sottocutaneo nella metà inferiore della ferita in donna in cattive condizioni generali, e con borsa delle acque aperta da molte ore.

In tutte le altre operate la guarigione per prima fu regolare, così che il trauma che i tessuti subiscono per l'infiltrazione anestetica non sembra averli danneggiati in alcun modo.

Fu posta particolare attenzione a proteggere da eventuali inquinamenti i margini della incisione addominale, una volta suturando il peritoneo parietale alla pelle, negli altri casi ricoprendoli con pezze da laparotomia. Questo ultimo mezzo è più rapido ed altrettanto efficace.

La tecnica usata è la seguente:

La p. riceve un'ora prima dell'operazione una iniezione ipodermica di Sedol. Questo preparato usato negli ultimi quattro interventi si è mostrato molto superiore alla semplice iniezione di morfina in quanto che all'azione analgesica di questa associa l'effetto narcotico della scopolamina. Esso determina infatti uno stato piacevole di lieve sonnolenza che permette all'inferma di affrontare il trauma psichico della operazione con calma.

Non ho notato alcun effetto dannoso sul fe-

to di questa iniezione preparatoria, che del resto è usata correntemente da Phaneuf, Schumann, Daels, ecc. Mi sembrano perciò ingiustificati i timori di Williamson il quale per maggiore sicurezza fa somministrare la scopolamina-morfina al momento d'incidere la plica vescico-uterina. L'iniezione preoperatoria fallisce completamente lo scopo al quale è destinata se non è fatta almeno tre quarti d'ora prima dell'intervento.

Subito prima di essere portata nella sala operatoria alla malata viene svuotata la vescica mediante cateterismo eseguito con delicatezza, così da evitare che questa manovra ne disturbi la tranquillità.

Posizione di Trendelemburg leggera rialzando un poco le spalle per ottenere un buon rilasciamento dei muscoli addominali; ciò facilita il modico divaricamento necessario dei margini dell'incisione. Delimitato il campo operatorio con lenzuoletti sterili dei quali il superiore stia subito sotto l'ombellico, l'inferiore sul pube e i due laterali a due centimetri dalla linea mediana, si pratica su un punto di questa un bottone epidermico piuttosto largo a mezzo di un ago sottilissimo che viene infisso soltanto dopo aver sollevato fra indice e pollice dell'altra mano una plica cutanea. In questo modo l'unica puntura che la p. dovrebbe avvertire passa spesso inosservata.

Tolto l'ago sottile, s'infigge attraverso la stazione anestetica così fatta un ago più lungo e un poco più grosso con il quale s'infiltra la pelle sulla futura linea di incisione al disopra e al di sotto del bottone iniziale, usando l'accorgimento fondamentale in anestesia locale, e pure così spesso trascurato, di introdurre l'ago ogni volta in corrispondenza di una zona già infiltrata dall'anestetico. Giunto agli estremi superiore ed inferiore della linea mediana si praticano due striscie d'infiltrazione cutanea ad essa perpendicolari in modo da poter mettere le pinze fissalenzuoletti risparmiando alla p. il trauma di altre punture.

Infiltrazione del sottocutaneo e della aponeurosi avendo l'avvertenza in alto ed in basso di iniettare la soluzione a ventaglio. L'incisione dei tegumenti comincia molto in basso sul pube sì che essa non arriva mai all'ombellico: tagliata la guaina del muscolo retto s'introduce attraverso la aponeurosi un ago lungo e sottile successivamente in tre punti equidistanti tra di loro ai due lati della linea mediana e in direzione a questa perpendicolare, facendo penetrare la soluzione fino a una profondità di 5-6 cm. per anestizzare i rami perforanti mediali e laterali degli ultimi nervi intercostali, e dei primi nervi lombari, ileoipogastrico e ileoinguinale.

Anche il tessuto preperitoneale sulla linea mediana viene anestetizzato, e fatto un occhiello nel peritoneo sollevato, esso viene inciso a tratti, previa infiltrazione per tutta la estensione necessaria.

I margini peritoneali sono afferrati con pinze di Allis e lievemente eversi, sì da poter vedere bene la sierosa che viene anche essa iniettata d'ambo i lati con una striscia d'infiltrazione larga circa 6 cm. I margini della ferita addominale sono adesso lievemente e con delicatezza retratti verso l'alto onde permettere l'introduzione di due pezze da laparotomia intrise di soluzione fisiologica calda e ancorate con un filo di catgut e una pinza di Kocher, che vengono poste nelle fosse ileolombari ai lati dell'utero. Esse impediscono alle anse intestinali di fare procidenza, e servono specialmente a proteggere il cavo peritoneale da eventuali inquinamenti. Le due pezze sono a contatto tra loro in corrispondenza della estremità superiore dell'incisione parietale, tra questa e la faccia anteriore del corpo uterino.

È questo uno dei momenti più dolorosi della operazione già che il peritoneo parietale è sensibilissimo non solo allo stiramento ma anche allo strofinio. Perciò le pezze debbono essere umide e calde e vanno introdotte con mano leggera.

Con lo stesso ago lungo s'iniettano nei parametri e nella plica vescico-uterina circa 30 c. c. di novococaina a 0,50 %. Incisione semilunare della plica vescico-uterina i cui margini vengono scollati in alto fin dove è possibile senza lacerarla, e in basso in modo da non avere emorragia dal plesso vescicale. Il segmento inferiore viene inciso verticalmente con bisturi bene affilato: arrivati sulle membrane fetali si fa un occhiello in esse e si introduce la cannula dell'aspiratore elettrico. Tolta così grande parte del liquido amniotico si passa alla estrazione del feto. Questa manovra è più o meno facile a seconda di vari fattori: situazione longitudinale del feto, dimensioni normali di esso, integrità del sacco amniotico: in queste condizioni essa è stata possibile senza causare alla madre un dolore forte, talora anzi passò quasi inosservata (osservazione 3ª e 8ª).

Generalmente però è questo il tempo doloroso dell'operazione tanto che molti AA. sottopongono a questo punto la paziente ad una breve narcosi da inalazione sia con protossido di azoto, sia con etere e ossigeno. Secondo Williamson, essendo il muscolo uteri-

no insensibile, è lo squilibrio nella pressione intraddominale determinata dall'uscita del feto che causa il dolore, ma poichè coloro che eseguono la cesarea sul corpo non hanno notato sofferenze così accentuate da richiedere il sussidio di narcotici integranti la anestesia locale (Beck, Schumann), questa interpretazione per quanto suggestiva non sembra sufficiente.

La differenza si potrebbe spiegare piuttosto con il fatto che essendo l'estrazione del feto più indaginosa con il T. C. transperitoneale, essa determini degli stiramenti più forti sui parametri e sul segmento inferiore che sono proprio le zone più riccamente innervate. Qualunque ne sia la patogenesi poichè in questo momento la p. spesso avverte dolore, tanto più accentuato quanto più difficile è l'estrazione del feto, ogni qualvolta si prevedeva che questa manovra sarebbe stata indaginosa, al momento di incidere il segmento inferiore si somministrava alla madre per un paio di minuti dell'etere o del cloruro di etile (osservazione 4ª presentazione di spalla, osservazione 5ª placenta previa centrale).

Questa anestesia generale complementare è del resto indicata anche in quei casi nei quali pur avendo eseguito l'anestesia locale correttamente la madre si lamentasse durante la incisione della parete addominale; non è evenienza eccezionale nel corso di un intervento eseguito a p. sveglia di accorgersi che ci si era ingannati sulla tranquillità del soggetto (osservazione 6ª).

Una narcosi così breve non presenta alcun rischio nè per il feto nè per la madre, e non ha in alcun modo modificato il decorso postoperatorio dei casi nei quali essa venne usata. Il favore che essa gode presso alcuni AA. che hanno una vasta esperienza della cesarea in anestesia locale dimostra la sua innocuità e la sua reale utilità specialmente dal punto di vista psicologico, già che è dovere di chi opera in queste condizioni di mantenere la promessa di non far soffrire dolore.

Mentre si estrae la placenta si fa praticare alla p. una iniezione di pituitrina: la contrazione dell'utero che essa determina è la miglior garanzia della emorragia *postpartum* e permette di passare rapidamente alla chiusura della incisione.

Detersa la cavità uterina con un tampone di garza imbevuto di alcool jodato si sutura l'incisione del segmento inferiore con punti staccati di catgut a due piani, dei quali il profondo con fili n. 2 che rispettano la mucosa, e il superficiale con fili n. 1. La plica vescico-uterina viene ricostituita con sutura continua di catgut n. 0, e la parete addominale chiusa sia a strati, sia a un piano. Cute con punti di seta sottile e agrafes.

RIASSUNTO.

L'A., avendo avuto occasione di eseguire più volte il T. C. transperitoneale in anestesia locale, descrive la tecnica da lui usata.

Poichè gli ottimi risultati da lui ottenuti confermano i successi di numerosi AA. stranieri specialmente Nord-Americani ritiene che la anestesia locale purchè correttamente eseguita, debba essere considerata la anestesia di elezione non avendo che pochissime controindicazioni, ed essendo la più innocua per la madre e per il feto.

BIBLIOGRAFIA.

ABEL. Mediz. Klinik., 1930.
BABCOCK. The American Journ. of Obst. a. Gyn., 1931, XXI.
BECK. Ibid., 1931, XXII.
DAEIS. Zentr. f. Gyn., 1929, n. 48.
FARR. Practical Local Anesthesia, 1929.
FRIGYESI. Monats. f. Geb. u. Gyn., Bd. 90, 1932.
PAUCHET L'Anésthésie Régionale, 1927.
SCHUMANN. The American Journ. of Obst. a. Gyn., 1932.
WILLIAMSON. Ibid., 1933.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretta dal Prof. MAURIZIO ASCOLI.

Intorno alla cura delle emottisi col metodo Giuffrida

per il dott. F. D'ANGELO, assistente.

Il metodo Giuffrida, delle iniezioni endotracheali di adrenalina, per la cura delle emottisi, è stato oggetto in questi ultimi anni di numerose ricerche i cui risultati suonano conferma univoca.

Dopo un breve periodo di stasi dalle prime conferme di Cioffi e di Grossi ed in seguito ad un nuovo e più fortunato richiamo partito dalla nostra scuola (Lucacer), si sono susseguiti i lavori di Agnello [16 esiti favorevoli (e. f.), in 18 casi trattati], di Damaggio (4 e. f. in 4 casi), di Bottino (30 e. f. in 32 casi), di Bruno (12 e. f. in 15 casi). Galli poi ha proposto di associare alla adrenalina il coaguleno (20 e. f. in 20 casi); quest'ultimo ha dato buoni risultati anche da solo al Trepiccioni (3 e. f. in 3 casi) prima ed al Guizzardi (9 e. f. in 10 casi) poi. Ricordiamo ancora i contributi di Borsalino (10 e. f. in 10 casi), di D'Agostino

(15 e. f. in 15 casi), di Guizzardi (4 e. f. in 5 casi), di Canella (7 e. f. su 8 casi).

Il Micheli, nel suo aureo capitolo sulla tubercolosi nel trattato di medicina interna diretto dal Ceconi, scrive che « il metodo Giuffrida, con il quale nessun'altro può competere nella rapidità dell'arresto delle emottisi, deve essere premesso a tutti gli altri... ». Infatti è talvolta davvero sbalorditivo, il vedere come in soggetti emottoici l'effetto sia istantaneo, immediato, fulmineo nel senso che già il secondo o terzo sputo seguente l'iniezione si presenta, come per incanto, incolore.

A questo riguardo recentemente, Pennetti e Giannella [i quali hanno pure ottenuto ottimi risultati con il metodo Giuffrida (17 e. f. in 20 casi)], si sono posti nettamente il quesito se il meccanismo di azione delle iniezioni endotracheali di adrenalina, non sia da ricondursi anzichè all'azione vasocostrittrice di questa, ad un riflesso vasocostrittore. Solo Trepiccioni ed Agnello avevano in precedenza alluso — in linea molto ipotetica — alla possibilità di un riflesso. A tale scopo il Pennetti trattò un certo numero di emottoici con iniezioni endotracheali di soluzione fisiologica alcuni, di acqua semplice altri, ottenendo 22 risultati favorevoli in 25 casi.

Si riteneva che l'azione farmacologica della adrenalina fosse legata alla sua proprietà vasocostrittrice generale (donde il suo impiego anche per altre vie allo stesso scopo) e locale, quando vi sia portata per via endotracheale, come sostiene Giuffrida e dimostrò Spoto con esperienze su conigli. Le prove del Pennetti, cioè dell'azione emostatica dell'acqua iniettata per via endotracheale, documentano nel meccanismo d'azione del metodo Giuffrida un altro fattore, cioè quello riflesso, non essendo certo da ascrivere all'acqua azione vasocostrittrice alcuna.

Abbiamo quindi ripreso le interessanti prove del Pennetti sottoponendo 20 emottoici, venuti alla nostra osservazione, ad iniezioni endotracheali di acqua distillata (cmc. due) e di essi riferiamo in breve.

Caso I. — G. Giovanni, di anni 23, elettricista, da Tunisi. Diagnosi (clinico-radiologica): lobite superiore sinistra ulcerata. Cura: trattamento pneumotoracico a sinistra, sali d'oro, calcio. L'esame radioscopico dopo un certo numero di rifornimenti mette in evidenza un collasso totale.

Il giorno 11 maggio 1933, l'ammalato è colto da una emottisi discreta (cmc. 130), che persiste, malgrado un rifornimento pneumotoracico ipertensivo (—8—4/900 cc./+2+8). Dopo una iniezione endotracheale di acqua l'emottisi si riduce a scarsi sputi; cede poi rapidamente ad una seconda praticata dopo dieci ore. Due giorni dopo, nuovamente emoftoe (cmc. 100 circa); si praticano due iniezioni endotracheali di acqua al giorno e a distanza di 10 ore l'una dall'altra e al 3° giorno l'episodio emorragico ha termine.

Caso II. — C. Carmelo, di anni 18, muratore, da Palermo. Diagnosi (clinico-radiologica): lobite superiore destra ulcerata; sinfisi pleurica totale. Cura: sali d'oro, calcio, arsenicali, balsamici.

Il 18-V-33, numerosi sputi sanguigni (20-30 circa), che cessano subito e in modo durevole dopo una iniezione endotracheale di acqua.

Caso III. — A. Andrea, di anni 25, commesso di negozio, da Trapani. Diagnosi (clinico-radiologica): tisi cronica ulcero-caseosa bilaterale, precipua destra. Cura: sali d'oro, calcio, balsamici.

Il 23-V-933, in seguito ad una iniezione endovena di cgr. 12 di crisalbina, si ha rialzo termico seguito da una lieve emoftoe (cmc. 50), che cessa dopo una iniezione endotracheale di acqua. Il mattino seguente sputi emorragici (10-12 circa), che cessano dopo una seconda iniezione. L'emoftoe non si ripete.

Caso IV. — B. Michele, di anni 20, studente, da Palermo. Diagnosi (clinico-radiologica): tisi cronica ulcero caseosa bilaterale. Cura: sali d'oro e calcio. L'infermo va incontro ad emottisi di lieve entità ma piuttosto frequenti.

Il 27-V-933 si interviene con una iniezione endotracheale di acqua che ha ragione subito della emoftoe (15-20 sputi). Il giorno 11-VI e 19-VI-933 di nuovo emoftoe (numerosi sputi), che cessa subito e definitivamente in seguito ad una iniezione endotracheale di acqua.

Caso V. — T. Edoardo, di anni 20, pastaio, da Ficarazzi. Diagnosi (clinico-radiologica): tisi cronica ulcero-caseosa, bilaterale, precipua sinistra. Cura: sali d'oro, calcio, balsamici.

L'1-VI-933, tosse stizzosa, insistente, alla quale seguivano emottisi abbastanza imponenti (cmc. 100); alla prima introduzione di acqua, praticata durante la crisi emoftoica, seguì un'emostasi di circa 4 ore. Dopo tale periodo di tempo, l'emorragia si presentò con la stessa imponenza di prima; praticata un'altra iniezione di acqua si ottenne lo stesso risultato precedente. In terza giornata di periodo emoftoico, abbiamo creduto opportuno di ricorrere all'uso dell'adrenalina sempre per via endotracheale; due iniezioni, ripetute nelle 12 ore, hanno ragione dell'emorragia.

Caso VI. — T. Tommaso, di anni 22, barbiere, da Palermo. Diagnosi (clinico-radiologica): tubercolosi nodulare produttiva dell'apice sinistro, con fibrosi retraente del lobo superiore destro. Cura: sali d'oro, calcio, arsenicali.

Il 12-VI-933, l'infermo è colto da lieve emottisi (numerosi sputi), che cede rapidamente dopo una iniezione endotracheale di acqua. Il mattino seguente, emottisi discreta (120 cmc. circa), che cede soltanto in capo a due giorni in seguito a 4 iniezioni endotracheali di acqua ripetuta ogni 10 ore.

Caso VII. — M. Vincenzo, di anni 22, calzolaio, da Palermo. Diagnosi (clinico-radiologica): tubercolosi nodulare produttiva di entrambi gli apici con diffusione discreta. Cura: sali d'oro, calcio, arsenicali.

Entra in clinica il 21 giugno 1933. Lo stesso giorno emottisi discreta (cmc. 150) che cessa, persistendo sputo brunastro per altri due giorni, dopo tre iniezioni endotracheali di acqua praticate con l'intervallo di otto ore l'una dall'altra.

CASO VIII. — M. Giuseppe, di anni 29, meccanico, da Palermo. Diagnosi (clinico-radiologica): tisi cronica ulcero-caseosa bilaterale. Cura: sali d'oro, calcio, balsamici.

Il 6 luglio 1933, numerosi sputi sanguigni, che persistono per due giorni, ad intermittenza, durante i quali, si praticano 4 iniezioni endotracheali di acqua ad intervalli di dieci ore l'una dall'altra. Il 16-VII-933, l'infermo è colto da una emoftoe discreta (cmc. 140). Due iniezioni endotracheali di acqua, ripetute ad intervalli di otto ore, danno la definitiva scomparsa dell'emoftoe.

CASO IX. — P. Cesare, di anni 23, calzolaio, da Palermo. Viene a noi per pronto soccorso. La sera del 13-VII-933, il paziente ha un'emoftoe discreta (cmc. 180), in nessun modo influenzabile con i soliti procedimenti. Al mattino viene da noi praticata una iniezione endotracheale di acqua; l'emoftoe si riduce a scarsi sputi emorragici per cessare definitivamente ad una seconda iniezione ripetuta dopo 8 ore.

CASO X. — M. Antonio, di anni 28, autista, da Palermo. Diagnosi (clinico-radiologica): tisi ulcero-caseosa bilaterale. Cura: calcio, balsamici. L'infermo va incontro frequentemente ad emottisi di una certa entità.

Il 17-VII-1933, si interviene con una iniezione endotracheale di acqua che ha ragione dell'emoftoe (cmc. 150). Tre giorni dopo, un'altra emottisi di discreta entità (cmc. 120), che cede, persistendo sputi sanguigni, solo dopo due giorni, durante i quali, si praticano due iniezioni endotracheali di acqua al giorno con l'intervallo di 10 ore l'una dall'altra.

Dopo circa un mese un'altra emottisi imponente che persiste ad intermittenza, con intensità varia, per tre giorni (complessivamente cmc. 600) malgrado si pratichino tre iniezioni endotracheali di acqua al giorno ogni 6 ore. Al quarto giorno si pratica una iniezione endotracheale di adrenalina che riduce l'emoftoe a scarsi sputi sanguigni; una seconda basta all'arresto completo e duraturo.

CASO XI. — C. Francesco, di anni 20, barbiere, da Favignana. Diagnosi (clinico-radiologica): lobite superiore sinistra ulcerata. Cura: trattamento pneumotoracico a sinistra, sali d'oro, calcio, arsenicali. L'esame radioscopico, dopo alcuni rifornimenti, mette in evidenza un collasso totale.

Il 31-VII-933, il paziente è colpito da emottisi di discreta entità (cmc. 160), che non cede dopo tre iniezioni endotracheali di acqua ripetute nelle 12 ore. Il mattino seguente, persistendo l'emoftoe, si pratica una iniezione endotracheale di adrenalina. Arresto rapido e durevole dell'emottisi. Il 6-IX-933 si pratica una iniezione endotracheale di acqua per alcuni sputi emorragici con esito favorevole e duraturo.

CASO XII. — C. Aurelio, di anni 31, impiegato marittimo, da Palermo. Viene a noi per pronto soccorso. La notte del 9 agosto 1933 è stato colpito da una emoftoe mediocre (cmc. 80), che persiste, malgrado l'energica somministrazione di vari coagulanti, al momento in cui viene alla nostra osservazione. Rapido e durevole arresto dell'emottisi dopo una sola iniezione di acqua.

CASO XIII. — L. Salvatore, di anni 28, calzolaio, da Naro. Diagnosi (clinico-radiologica): tubercolosi nodulare produttiva di entrambi gli apici con formazione di piccole caverne a sinistra. Cura: pneumo artificiale a sinistra, sali d'oro, calcio, arsenicali.

Dopo un certo numero di rifornimenti il collasso ci appare allo schermo, parziale per l'esistenza di una aderenza apicale. Il 12 agosto 1933, in seguito ad un rifornimento, emottisi lieve (cmc. 50), che cessa dopo una iniezione endotracheale di acqua. Il giorno dopo sputo con sangue, che si protrae con varia alternativa sino al 16 agosto 1933, malgrado vengano praticate due iniezioni endotracheali di acqua al giorno. L'emoftoe non si è più ripetuta.

CASO XIV. — P. Francesca, di anni 23, casalinga, da Palermo. Anche questa viene al nostro dispensario, con emoftoe per pronto soccorso. La perdita di sangue cessa rapidamente dopo una sola iniezione endotracheale di acqua. Il giorno dopo, si ripresenta a noi con sputi sanguigni; questi cessano, dopo una seconda iniezione. L'emoftoe non si ripete.

CASO XV. — D. Michele, di anni 27, bracciante, da Palermo, Diagnosi (clinico-radiologica): tubercolosi produttiva diffusa bilaterale. Cura: sali d'oro, calcio, arsenicali.

Il giorno 3-IX-1933, si pratica una iniezione di acqua per una emottisi di lieve entità (20-25 sputi sanguigni). L'emoftoe cessa e l'esito favorevole ottenuto è persistente.

CASO XVI. — Z. Domenico, di anni 24, calzolaio, da Montelepre. Diagnosi (clinico-radiologica): tubercolosi nodulare produttiva dell'apice sinistro con diffusione omolaterale discreta. Cura: sali d'oro, calcio, arsenicali.

Il 17-IX-1933, l'infermo è colto da una lieve emottisi (numerosi sputi), che cessa in seguito ad una iniezione endotracheale di acqua. Persistono sputi brunastri per altri 4 giorni.

CASO XVII. — B. Vito, di anni 18, muratore, da Licata. Diagnosi (clinico-radiologica): tubercolosi nodulare produttiva degli apici. Cura: sali d'oro, calcio, balsamici.

Il 6 ottobre 1933, emottisi lieve (60 cmc.), che cessa subito e in modo durevole dopo una iniezione endotracheale di acqua.

CASO XVIII. — L. G. Giuseppe, di anni 26, fruttivendolo, da Palermo. Viene al nostro dispensario emoftoico. Si pratica una iniezione di acqua per via endotracheale; l'emottisi cessa rapidamente; persiste solamente sputo brunastro sino alla sera. Basta una seconda iniezione praticata dopo 10 ore perchè l'escreato ritorni chiaro.

CASO XIX. — C. Francesca, di anni 31, casalinga, da Palermo. Viene al nostro dispensario per una visita medica il 13 novembre 1933 riferendo di avere avuto la sera prima sputi sanguigni. Du-

rante la nostra osservazione, in seguito a colpi di tosse, si ripetono ancora sputi di sangue. Due iniezioni di acqua distillata ripetute nelle 24 ore sono sufficienti all'arresto duraturo dell'emoftoe.

Caso XX. — V. Giuseppe, di anni 20, ragioniere, da Petralia Sottana. Diagnosi (clinico-radiologica): lobite superiore bilaterale ulcerata a destra. Cura: pneumo artificiale a destra, calcio, arsenicali.

Il 19-II-1933, l'infermo è colto da una discreta emottisi (120 cmc.), che cede ad un rifornimento pneumotoracico ipertensivo. Il giorno dopo l'emoftoe si ripete (100 cmc.) e persiste sotto forma di sputi sanguigni fino al 24-XII-1933, malgrado siano state praticate due iniezioni endotracheali di acqua al giorno con intervallo di 10 ore. L'emoftoe non si ripete.

Riassumendo di 20 casi trattati con iniezioni endotracheali di acqua, in 6 (casi N. 2, 4, 12, 15, 16, 17), con emottisi lievi, l'arresto della emorragia si ebbe già alla prima iniezione; in 6 (casi N. 3, 7, 9, 14, 18, 19), con emottisi di media entità, solo alla seconda iniezione; in 5 (casi N. 1, 6, 8, 13, 20), con emottisi di una certa entità, occorsero più iniezioni per diversi giorni (6-8 iniezioni) per la cessazione definitiva dell'emottisi, sebbene ad ogni iniezione corrispondesse una diminuzione della quantità di sangue emesso. Altri 3 (casi N. 5, 10, 11) si presentarono invece refrattari, sicchè si rese necessario ricorrere sempre per via endotracheale all'adrenalina, *che ebbe ragione della emorragia.*

L'azione emostatica esercitata dall'acqua distillata è stata dunque immediata e durevole nelle forme emoftoiche lievi, meno pronta in quelle di una certa entità; mentre risulta inefficace del tutto in qualche forma di emottisi più grave, delle quali ebbe invece ragione la adrenalina.

Se ora paragoniamo i risultati ottenuti con acqua distillata con quelli dell'adrenalina, constatiamo una differente intensità di azione, nel senso che quella esplicata dall'acqua distillata è meno pronta e meno energica di quella offerta dall'adrenalina. Complessivamente infatti di forme emottoiche gravi trattate da vari AA. con adrenalina, abbiamo in 189 casi 170 e. f.; invece con l'acqua distillata in 45 casi 38 e. f. (e per lo più forme emottoiche lievi). La differenza è poi suggellata dalla circostanza che le iniezioni successive di adrenalina hanno avuto ragione di emorragie, che non erano in precedenza influenzate dall'acqua distillata.

È dunque indubbiamente in giuoco un riflesso. Abbiamo indagato se esso risiedesse nel faringe. A tal uopo abbiamo esercitato in alcuni dei nostri infermi (casi N. 2, 4, 7, 8, 12, 15, 16), prima di praticare l'iniezione endotracheale di acqua uno stimolo nel faringe (titillamento dell'ugula con un pennello). I risultati, come prevedibile, sono stati negativi. Oltre al riflesso vesocostrittore entra dunque in funzione un'azione vasocostrittrice locale dovuta all'adrenalina.

Conclusioni.

A conferma delle osservazioni di Pennetti la iniezione tracheale sopraglottidea di acqua distillata ha un'azione emostatica sull'emottisi; tale azione è però meno pronta e meno energica di quella della adrenalina.

Pertanto è da ammettere che nel trattamento col metodo Giuffrida è in gioco un doppio meccanismo d'azione: uno riflesso (riflesso del Pennetti) risvegliato dall'acqua distillata e uno vasocostrittore locale dovuto all'adrenalina.

Riassunto.

L'A. ritornando sulla utilità pratica del metodo Giuffrida per la cura delle emottisi con iniezioni endotracheali di adrenalina, conferma quanto asserisce Pennetti circa il meccanismo d'azione di questo, che egli riconduce ad un fenomeno riflesso, dimostrando nello stesso tempo in base alla propria casistica clinica, come il riflesso in parola non sia il solo in gioco, ma che una quota nell'arresto dell'emottisi spetta pure all'azione vasocostrittrice locale del farmaco (adrenalina).

Bibliografia.

M. Ascoli Rif. Med., 30, 1931.
F. Giuffrida. Rif. Med., 18, 1925; Boll. Soc. Biol. Sperim., 1, 2 e 4, 1926; Münch. Med. Woch., 1928.
Cioffi. Rif. Med., 45, 1925.
Grossi. Presse Méd. d'Egypte, 165, 1926.
M. Lucacer. Policlinico, Sez. Prat., 1930; La Med. Intern., 2, 1933.
Agnello. Giorn. di Tisiol., 2, 1931.
S. Damaggio. Rif. Med., 1931.
S. Bottino. Riv. San. Siciliana, 11, 1933.
F. Bruno. Die Tuberkulose, 4, 1933.
Galli. Lotta contro la Tbc., 5, 1931; Riv. di pat. e clin. della tbc., 2, 1932.
Trepiccioni. Lotta contro la Tbc., 8, 1931.
G. Guizzardi. Riv. di pat. e clin. della Tbc., 1933.
Borsalino. Lotta contro la Tbc., 11, 1933.
A. D'Agostino. Riv. San. Siciliana, 13, 1932.
C. Canella. Riv. Ital. di Terapia, 9, 1933.
Micheli. *Trattato di medicina interna.* Ed. Hoepli, 1932, vol. I.
G. Pennetti e V. Giannella. Rif. Med., 46, 1933.
P. Spoto. Boll. Soc. It. Biol. Sperim., VI, fasc. 3, 1933.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA CHIRURGICA PRIVATA IN PISA
diretta dal prof. F. NIOSI.

Su di un caso di lussazione posteriore monolaterale della mandibola.

Per il dott. PIETRO BIAGI, assistente.

Per il suo interesse clinico, credo opportuno riferire di un caso di lussazione monolaterale posteriore della mandibola, che ho avuto occasione di osservare nella Clinica chirurgica privata del prof. F. Niosi.

Già dal 1855 Croker King si era occupato di tale lesione. Nel 1876 il Baudrimont di Bordeaux ebbe occasione di osservarne un caso che descrisse. Successivamente, il Thiem, il Bichof, lo Steiner, l'Albert, si sono occupati dello stesso argomento; finchè non arriviamo al Podhala che nel 1927 riferisce di un caso più unico che raro, di lussazione crociata della mandibola, cioè anteriore da un lato e posteriore dall'altro.

Questo nella letteratura straniera; nella nostra, solo il Paci nel suo Trattato sperimentale delle lussazioni traumatiche, riporta il caso del Baudrimont e ne rileva la estrema rarità. Così anche il Citelli ed il Galetti, riportando casi di frattura del condotto uditivo per penetrazione in esso del condilo mandibolare, si occupano solo della parte riguardante l'orecchio, trascurando il fatto dello spostamento in addietro della mandibola.

È presumibile che casi di lussazione posteriore della mandibola, devono essere stati osservati, senza che l'attenzione dei rispettivi autori vi sia stata richiamata. E ciò a prescindere dalle inevitabili difficoltà che s'incontrano oggi nel compulsare tutta la letteratura di un argomento. Comunque sia, questo è il solo caso di lussazione posteriore osservato dal prof. Niosi nella sua lunga pratica chirurgica, di fronte a parecchi di lussazione anteriore; ed anche numerosi altri chirurghi interpellati ne hanno confermata la rarità.

Unico che ne asserisce la relativa frequenza è il Thiem, ma la sua affermazione rimane isolata e contrasta, sia con l'opinione dei più, sia con la pratica diuturna che ne indica anch'essa la rarità. A conferma di questo è anche il fatto che i trattati più in uso di Patologia Chirurgica, in parte tacciono, in parte accennano solo brevemente a tal genere di lesione.

Riporto la storia clinica del caso:

L. G., di a. 20, da Calci (Pisa).

Anamnesi familiare negativa. Mentre lavorava in un frantoio, la sera del 15-XI-29, è caduto a terra battendo il mento. Viene subito trasportato nella clinica privata del prof. Niosi.

Obbiettivamente si osserva che il paziente presenta una deviazione del mento, a destra ed in addietro. Le arcate dentarie perciò non combaciano. La bocca è fortemente serrata. L'ammalato si lamenta di dolori insopportabili all'articolazione temporo-mandibolare destra. Palpando esternamente alle due articolazioni temporo-mandibolari, a sinistra, non si rileva niente di notevole, mentre a destra la cavità glenoide è vuota ed il condilo si sente spostato in addietro. Dall'orecchio destro si ha otorragia. All'esame otoscopico si scorge una piccola lacerazione sanguinante, nella faccia posteriore del condotto uditivo esterno. In questo punto il lume è ristretto per una sporgenza della parete corrispondente alla ferita ricordata, dove, previa disinfezione accurata del condotto, introdotto uno specillo si ha la netta sensazione di essere a contatto di una superficie ossea scoperta. *Mancano numerosi denti; superiormente si ha la mancanza di tutti i molari e premolari di destra e dei molari di sinistra: inferiormente a destra mancano due molari ed un premolare, a sinistra tutti i molari.* Nella regione mentoniera si ha una ferita, lacero-contusa, situata all'apice del mento, disposta in senso trasversale, di 3 cm. di lunghezza, che lascia intravedere in un punto la mandibola scoperta.

L'atteggiamento dei muscoli mimici della faccia è tale da far pensare ad una paralisi del facciale del lato opposto, mentre in realtà si tratta di un semplice stiramento meccanico, dato dallo spostamento della mandibola.

Viene posta la diagnosi di lussazione posteriore della mandibola, e confermata in seguito radiologicamente.

Dopo aver suturata la ferita del mento ed aver praticata una iniezione di siero antitetanico, si tenta la riduzione ad ammalato sveglio, facendo la manovra della propulsione in avanti ed in basso del condilo mandibolare. La riduzione in tal modo non è possibile. Si narcotizza allora il paziente, ed alla fase iniziale della narcosi, si introduce un apribocca di Heister fra le due arcate mascellari, aprendo forzatamente la bocca ed associando contemporaneamente la manovra della propulsione in basso ed in avanti. Si avverte un rumore di scatto e si ottiene la riduzione. Si ha discreto gemizio di sangue dal condotto, frenato con una striscia di garza.

Ottenuta la riduzione, si ha la scomparsa dei dolori di cui in precedenza l'ammalato si lamentava e l'immediato ripristino dei movimenti dell'articolazione temporo-mandibolare. Rimane solo una dolenzia in corrispondenza del condotto e dell'articolazione, che si attenua nei giorni successivi, sì che dopo una settimana i movimenti non provocano più alcun dolore. La ferita del condotto uditivo si cicatrizza ed il lume ne ritorna normale cessata l'infiltrazione ematica della parete. Nessun rialzo termico, salvo pochi decimi nei primi giorni. L'ammalato è stato riveduto a varie riprese e non presenta alcuna limitazione funzionale.

*
* *

Si ricorda come la mandibola si articoli, per mezzo dei suoi processi condiloidei, con la porzione anteriore della fossa mandibolare e la parte posteriore del tubercolo articolare del processo zigomatico, che vengono a costituire la cavità glenoide. Di questa, divisa in due metà dalla fenditura glenoidale, è la metà anteriore che costituisce la porzione articolare. Tra le due superfici articolari della cavità glenoide e del condilo, è interposto un menisco articolare di forma biconvessa e a struttura fibrocartilaginea. Esso divide perciò l'articolazione in due parti e ne facilita i movimenti. Come mezzi di unione si ha: la capsula anteriore che circonda e racchiude tutta l'articolazione e che è rinforzata lateralmente dal legamento temporo-mandibolare e medialmente dal legamento sfeno-mandibolare. Altri due legamenti accessori sono: lo stilo-mandibolare e lo pterigo-mandibolare. I muscoli che determinano i movimenti sono: i masseteri, i temporali, gli pterigoidei interni ed esterni per l'innalzamento; i digastrici per l'abbassamento. I movimenti indietro e di lateralità sono limitati e trascurabili.

È noto che la lussazione anteriore od in avanti della mandibola, si produce per esagerazione di un movimento di apertura della bocca. Infatti è a bocca aperta che i due condili vengono ad essere spostati verso l'avanti, assumono cioè la posizione più favorevole, per il prodursi della lussazione. Essa può avvenire sia per un atto fisiologico: riso, sbadiglio, masticazione ecc., come per un trauma, che agisca però sulla mandibola a bocca divaricata o che comunque abbia tendenza a divaricarla.

Cercando ora di interpretare il meccanismo di produzione dell'altro tipo di lussazione, cioè la posteriore; ricorderò il caso descritto dal Podhala, perchè mi sembra possa essere considerato punto di passaggio tra i due tipi di lussazione. Il Pohdala dice, che per il prodursi, come nel suo caso, una lussazione crociata, cioè da un lato in avanti e dall'altro in addietro, occorre l'azione di un traumatismo a punto di partenza laterale che si ripartisca a modo ineguale sulla mandibola a bocca semiaperta. In tal modo vengono lacerati i legamenti di rinforzo collaterale e si produce la lussazione crociata. Tale autore tentò di riprodurre la lussazione crociata nel cadavere, coll'esercitare una trazione laterale sul mento. Egli ottenne in tal modo un incrociamento delle arcate dentarie e lo spostamento in addietro del condilo verso cui agiva la forza, ed in avanti dell'altro condilo. Praticando poi da un lato un'incisione anteriore e dall'altro un'incisione posteriore della capsula articolare, ottenne una lussazione crociata completa. È da notare, che anche sperimentalmente, dal lato della lussazione posteriore, si produce sempre una frattura della parete del condotto uditivo.

Ne verrà di conseguenza, che, come è necessario che le forze le quali determinano la lussazione anteriore e la lussazione crociata, debbono agire a bocca aperta nel primo caso e semiaperta nel secondo, così per il prodursi della varietà posteriore o retroglenoidale, le linee di forza dovranno agire a bocca chiusa o comunque aver tendenza a chiuderla. È difatti nella posizione di chiusura della bocca, che i condili sono al massimo spostati in addietro, cioè nelle condizioni di posizione più sfavorevoli per il prodursi della lussazione posteriore. Ora, per permettere alla mandibola di serrarsi più del normale, dovrà esistere una delle seguenti condizioni. O la mancanza dei denti che permettendo un maggior avvicinamento dei mascellari, farà che il condilo si potrà trovare spostato anche più in addietro del normale; o la conformazione anatomica della mandibola, che, come nei vecchi e nei bambini, viene a formare un angolo molto acuto col temporale. Viene perciò in questi casi difficoltato il prodursi della lussazione anteriore, e facilitato il prodursi della lussazione posteriore.

Il fatto dell'importanza della mancanza dei denti fu messo in rilievo dal Baudrimont. Ora il caso nostro fornisce una mirabile conferma alla interpretazione data da tale autore, giacchè, come abbiamo visto nella storia clinica, il nostro paziente, nè vecchio nè bambino, ma adulto di 29 anni, mancava di numerosi denti.

Tra i sintomi di maggiore importanza si avranno nella lussazione posteriore: il serramento della bocca, la deviazione della mandibola verso il lato lussato se è forma monolaterale, il condilo spostato in addietro, la frattura della parete del condotto uditivo, ed i dolori lancinanti per compressione dei nervi emergenti dalla fessura petro-timpanica.

Quanto alla terapia, va ricordato, che il processo più adatto per ottenere la riduzione, è dell'apertura forzata della bocca mediante un apribocca, accompagnata a manovre di propulsione in basso e in avanti, fatte sull'angolo della mandibola.

La narcosi poi, col completo rilasciamento muscolare, faciliterà ancor più il compito del chirurgo.

RIASSUNTO

L'A. riferisce di un rarissimo caso di lussazione posteriore monolaterale della mandibola. Dopo aver tracciato il quadro anatomico e clinico, ricorda che la riduzione fu solo possibile mediante la narcosi.

BIBLIOGRAFIA.

ALBERT. Zentralbl. f. Chir., 1893.
BISCOF. *Ein Fall von Luxation des Unterkiefers nach hintem.* Münch. med. Wochenschr., 1893.
CHIARUGI. *Anatomia umana.*
CITELLI. Archivi Italiani di Otologia, 1901.
CROKER KING. Mothly Journ. of med., 1855, und Dublin Hosp. Gaz., 1855.
GALETTI. Archivi Italiani di Otologia, 1897.
PODLAHA. Lyon Chir., vol. 24, 1927.
PACI. *Trattato sperimentale sulle lussazioni traumatiche*, Pisa, Ed. Spoerri, 1889.
STEINER. Arch. f. klin. Chir., 1893.
THIEM. Ibid., 1888.

PROBLEMI DISCUSSI

Vedute attuali in tema di gastrite cronica

per il prof. PAOLO ALESSANDRINI,
medico primario dell'Ospedale di S. Spirito in Roma.

La patologia gastro-intestinale ha fatto in questi ultimi anni passi da gigante; basta accennare ai nuovi orientamenti negli esami della funzione secretoria gastrica coi vari tipi di colazione di prova e colla tecnica del sondaggio frazionato, ai risultati delle prove funzionali mediante le iniezioni di rosso neutro e d'istamina e al loro valore per la distinzione delle varie achilie, ai rapporti tra queste e i vari tipi di anemia e all'importanza dell'achilia come fattore patogenetico di varie affezioni nervose o mentali per convincersene.

Gli studi dei rapporti tra secrezione gastrica e pancreatica, tra secrezione gastrica e ricambio del cloro hanno aperto nuovi spiragli di luce nella genesi di molte affezioni oscure non solo nel campo delle gastropatie ma di molte malattie intestinali, epatiche, pancreatiche e del ricambio. Infine, per merito sopratutto dei recenti progressi della tecnica radiologica, dell'uso sistematico dell'endoscopia gastrica e degli esami istologici praticati sui pezzi prelevati all'atto operativo, si è potuta creare una anatomia patologica del vivente che ci mette al sicuro dalle alterazioni artificiali determinate dai rapidi processi di autodigestione post-mortale.

Fino a qualche anno fa in patologia gastrica esisteva solo il cancro, l'ulcera è un gruppo di malattie che non era nè cancro nè ulcera e che, secondo l'orientamento culturale del clinico si raggruppavano coi nomi di gastroptosi, dispepsia, ipercloridria, vagotonia, diagnosi a cui per necessità si doveva, come dice Morawitz, assoggettarsi non senza un certo senso di disagio per chi avesse una sana mentalità clinica e che volesse trovare nelle lesioni degli organi la causa delle manifestazioni morbose.

Fortunatamente però quel gruppo di malattie che non era nè ulcera nè cancro va oggi sempre più restringendosi sia per il fatto che i progressi della tecnica radiologica hanno dimostrato che molte forme di dispepsia apparentemente « sine materia » hanno per base un processo ulcerativo gastrico o duodenale o un'affezione della cistifellea, ma sopratutto dopo che lo studio del rilievo della mucosa, l'esame sistematico endoscopico e l'esame istologico dei pezzi prelevati all'atto operatorio hanno messo in evidenza la grande frequenza della gastrite cronica. Così questa entità nosografica che pareva sepolta nell'oblio ritorna trionfatrice nella patologia e tutti gli studi attuali non sono ormai rivolti a dimostrarne la sua importanza quanto a crearne un quadro clinico ben definito e a formulare criteri diagnostici che permettano alla massa dei medici, che non dispongono di mezzi costosi d'indagine e che non abbiano un tirocinio tecnico adeguato, di poterla riconoscere o sospettare al letto del malato.

I mezzi finora a disposizione non ci consentivano infatti di poter formulare con sicurezza la diagnosi di gastrite cronica, ragione per cui i concetti clinici ed anatomici della vecchia scuola francese erano stati sommersi dalle concezioni nosografiche sorte in base ai risultati del sondaggio gastrico e della tecnica radiologica classica; il concetto di gastrite è infatti antico e rimonta al Broussais, che, basandosi sui reperti anatomici del Bichat, isolò tale forma morbosa che rappresentava, secondo lui, la causa più frequente della massima parte dei disturbi gastrici. L'Hunter, l'Andral e il Barras dimostrarono però che la base anatomica su cui il Broussais aveva fondato l'edificio della gastrite era quanto mai fragile giacchè le alterazioni istologiche descritte erano dovute a fenomeni di digestione post-mortale e Carswell fin dal 1838 potè dimostrare questo fatto sperimentalmente.

L'introduzione della sonda gastrica a scopo diagnostico contribuì a seppellire definitivamente i concetti del Broussais e la voce dell'Hayem che ne difese con tenacia la loro importanza non trovò una larga eco, nonostante le ricerche sperimentali sugli animali che avevano messo in evidenza le alterazioni che alcuni veleni, sopratutto l'alcool, provocano sulla mucosa gastrica. La radiologia d'altra parte fin

dall'inizio, valorizzando i suoi reperti sopratutto per la diagnosi dell'ulcera e dell'epitelioma gastrico e nella sua impotenza a svelare le fini alterazioni della mucosa, aveva contribuito alla definitiva scomparsa della gastrite cronica dai quadri morbosi.

Si parlava di gastrite solo quando si trovava abbondante muco nel contenuto dello stomaco digiuno, reperto che trovava anche molti scettici, sia perchè è dimostrato che il muco può in alcuni individui rappresentare una reazione fisiologica, sia perchè non riesce sempre agevole differenziare il muco gastrico dal faringeo o bronchiale deglutito. Si tentò anche di utilizzare il reperto citologico gastrico o lo studio istologico di pezzetti di mucosa estratti colla sonda; ma tali mezzi non portarono un notevole contributo al problema diagnostico.

Progressi notevoli nello studio della gastrite li hanno determinati invece le ricerche istologiche sistematiche su pezzi di parete gastrica prelevati all'atto operatorio per opera sopratutto dell'Heyrowsky, Konietzny e scuola; inoltre gli studi recenti sul rilievo radiologico della mucosa gastrica e sopratutto la generalizzazione degli esami endoscopici.

L'endoscopia gastrica con un apparecchio rigido era considerata fino a tre anni fa un metodo di eccezione, pericoloso, più pericoloso della laparatomia esplorativa, come diceva il Sauerbruch, e che poteva dare qualche contributo alla diagnosi solo in mano di pochi eletti; oggi però per merito dello Schindler, che ha introdotto nella pratica il suo gastroscopio flessibile, è consentito l'uso di tale mezzo diagnostico nell'esame metodico di ogni paziente; ed io ho potuto osservare pazienti che si sono ribellati all'esame radiologico e si sono sottoposti invece docilmente all'endoscopia. È sorta così una ricca messe di osservazioni che ha portato in primo piano il tema della gastrite cronica non solo per la sua frequenza ma anche per la sua importanza per i problemi con essa connessi; cito tra gli altri quello della genesi dell'ulcera e dell'epitelioma gastrico.

Abuserei della vostra attenzione se volessi esporre sistematicamente tutte le questioni che i nuovi studi sulla gastrite cronica hanno posto sul terreno: mi limiterò perciò a mettere in luce solo i problemi che, secondo me, meritano particolare attenzione e sopratutto quello della patogenesi.

La gastrite cronica può avere un'origine esogena ed endogena; che l'abuso di alcool o di condimenti, che l'eccesso di alimenti, sopratutto di difficile digestione o troppo caldi, che una cattiva masticazione o l'abuso del fumo, l'uso di particolari medicamenti possano provocare una gastrite cronica è cosa ovvia: però si è osservata con frequenza anche in individui in cui manca qualunque fattore esogeno; ha assunto perciò particolare importanza lo studio dei fattori endogeni nella genesi della gastrite. Tra questi ha una notevole importanza la stasi venosa sia di origine portale che da cause cardiache o di altra natura. In un altro gruppo di fattori patogenetici rientra l'insufficienza renale; la gastrite uremica è nota a tutti gli anatomo-patologi: è l'esempio di una gastrite provocata dall'eliminazione di sostanze tossiche. Gli studi della funzionalità gastrica colle iniezioni di rosso neutro, che hanno messo in evidenza il fatto che alcune sostanze introdotte per via parenterale vengono eliminate attraverso la mucosa gastrica, hanno avvalorato tale meccanismo d'azione nella genesi della gastrite: tale meccanismo può essere perciò invocato per l'interpretazione di molte forme di gastrite da causa oscura.

Particolare importanza ha assunto in questi ultimi tempi l'infezione focale nella patogenesi della gastrite come pure dell'ulcera gastrica. La frequenza con cui nelle malattie infettive (tifo, polmonite, influenza) s'incontra una gastrite attribuita ad eliminazione di germi o di veleni (per quanto possano essere in giuoco altri fattori) rende molto probabile tale meccanismo d'azione in un certo numero di casi d'infezioni croniche. L'esperienza di questi ultimi anni ha messo in evidenza che a base dei disturbi dispeptici dei tubercolosi sta quasi costantemente un processo di gastrite cronica; avvalora il concetto di una genesi focale il fatto che se in molti casi la gastrite può essere messa in rapporto colla ingestione di sputi o coll'abuso di medicamenti, essa s'incontra frequentemente in forme di tubercolosi chiusa, circoscritta non febbrile e in cui non c'è stato abuso di medicamenti; si potrà discutere se tale gastrite possa determinarsi per l'eliminazione dei corpi batterici o delle loro tossine o se intervengano alterazioni del ricambio intermedio, ma resta stabilito il fatto che anche nella tubercolosi un processo cronico anche a distanza dallo stomaco e circoscritto è in grado di determinare una gastrite. Anche nei sifilitici s'incontra frequentemente una gastrite cronica; è stata descritta una forma diffusa che tende all'atrofia e una forma ipertrofica neoplastiforme.

I reumatismi cronici si accompagnano spesso a gastrite cronica anche indipendentemente dall'abuso dei salicilici che da alcuni era stato incriminato come fattore patogenetico. L'appendicite acuta e cronica si accompagna con grande frequenza alla gastrite e ognuno di voi ricorda il vomito nero di Dieulafoy che sarebbe in rapporto ad una gastrite emorragica.

Delle affezioni la più importante è rappresentata dalla carie dentaria e dalla piorrea alveolare; qui, accanto al fattore settico interviene la cattiva masticazione e a questo proposito non posso fare a meno di accennare al rapporto reciproco tra le due affezioni e all'importanza che oggi viene attribuita ai processi gastrici nella genesi di molte affezioni gengivo-dentarie.

Le malattie del fegato intervengono con

grande frequenza nella genesi della gastrite; esse possono esercitare le loro azioni con meccanismi molteplici: in alcuni casi interviene un ostacolo al circolo portale, in casi di colecistite o angiocolite il riflusso duodenale, determinando la penetrazione di una bile infetta nello stomaco, può provocare un processo infiammatorio a carico della mucosa gastrica; d'altra parte è anche possibile il fatto inverso ed Hennig ha osservato spesso in base a ripetuti controlli endoscopici che una gastrite può precedere un'affezione delle vie biliari. Una malattia epatica può provocare un processo gastritico anche perchè la diminuzione del potere antitossico del fegato favorisce la penetrazione in circolo di tossine capaci di provocare lesioni gastriche.

È stata recentemente richiamata l'attenzione su di una gastrite di origine endocrina per spiegare i disturbi gastrici che intervengono nel morbo di Basedow, nell'Addison e nel diabete; in questo gruppo rientrerebbe la gastrite gravidica, la cui caratteristica fondamentale sarebbe la possibilità di una *restitutio ad integrum* dopo il parto. Mancano però ricerche endoscopiche o istologiche che avvalorino l'ipotesi che questi disturbi gastrici a base endocrina siano mantenuti da una gastrite; i dati radiologici su cui è basato tale concetto non hanno un valore assoluto: può trattarsi di processi funzionali senza base anatomica.

Particolare importanza ha oggi la gastrite anafilattica anche perchè può spiegare le manifestazioni intestinali che si osservano spesso episodicamente nel corso di una gastrite e che non possono essere messe in rapporto con una propagazione del processo infiammatorio. La genesi allergica di molte gastriti ci permette in qualche caso di spiegarci la patina linguale che si accompagna con grande frequenza alla gastrite e che avvalora il vecchio adagio che la lingua è lo specchio dello stomaco; la lingua infatti che si osserva in molti casi di gastrite ipercloridrica come pure quel tipo che si osserva in molti casi di gastrite achilica sono così caratteristiche che spesso c'illuminano sullo stato della mucosa gastrica. La lingua degli ipercloridrici è bianca, patinosa; tale aspetto è determinato da un ispessimento degli strati superficiali dell'epitelio papillare e dalla sua abbondante desquamazione; sarebbe determinata secondo Alvarez dal rigurgito notturno di un succo iperacido; egli basa la sua ipotesi sul fatto che somministrando la sera un cachet contenente polvere di licopodio si possono al mattino nella patina linguale riconoscere microscopicamente i granuli di licopodio. Io ho ripetuto l'esperienza non solo con licopodio ma anche somministrando bleu di metilene ma sia nell'uno che nell'altro caso non ho potuto confermare il fatto suddetto; quindi penserei che la lingua della gastrite iperacida, come pure la lingua di molti achilici, liscia con papille atrofiche debbano considerarsi come manifestazioni parallele a quelle dello stomaco dipendenti ambedue da una causa comune che esercita probabilmente la sua azione anche contemporaneamente a carico della mucosa intestinale. Tale ipotesi è avvalorata dalla osservazione del Sanarelli, il quale ha osservato nello shock anafilattico provocato negli animali da esperimento una gastro -enterite desquamativa diffusa a carattere superficiale che egli chiama « epitallassi ».

Se così fosse in ogni caso, dallo studio della lingua potremmo risalire alla genesi di molti processi gastritici; però d'altra parte come fattore determinante tali alterazioni linguali può intervenire un altro meccanismo messo in luce dall'Henning; egli ha osservato che la mucosa dello stomaco affetto da gastrite è molto permeabile a sostanze che abitualmente non l'attraversano, come per esempio lo ioduro di potassio: l'eliminazione in tali casi di iodio per la saliva è rapidissima, mentre nello stomaco normale tale eliminazione non si verifica; in tali esperienze bisogna naturalmente usare artifici che garantiscano che l'assorbimento del sale di iodio non avvenga nel lume intestinale. Il dato della maggiore permeabilità della mucosa gastrica infiammata, la produzione di sostanze tossiche in uno stomaco affetto da gastrite e la possibilità dell'eliminazione di queste sostanze per la saliva potrebbero spiegare molte delle alterazioni linguali che si osservano nella gastrite cronica.

Un certo rapporto colla gastrite anafilattica l'ha la gastrite consecutiva ad estese ustioni cutanee o quella che interviene dopo prolungate esposizioni sperimentali ai raggi ultravioletti; esse vengono messe in rapporto con produzione d'istamina, che ha come è noto una azione stimolante elettiva sulla secrezione gastrica che in alcuni casi è talmente intensa da provocare una gastrite: in altri casi la gastrite può spiegarsi con una sensibilizzazione della mucosa gastrica congenita od acquisita che può stabilirsi con vari meccanismi. Si comprende perciò l'azione terapeutica della proteinoterapia aspecifica in molti casi di gastrite; a questo proposito è interessante l'osservazione del Gutzeit che ha notato all'esame gastroscopico un miglioramento delle lesioni gastriche dopo una malattia infettiva acuta. Ha anche un rapporto con tali fatti il caso da me osservato di un paziente che presentava alternativamente in varie stagioni un eczema cutaneo o disturbi gastrici che sia dal punto di vista clinico che radiologico potevano essere messi in rapporto con una gastrite.

Trattando della patogenesi della gastrite è opportuno lumeggiare i rapporti tra gastrite e ulcera gastrica e duodenale.

L'esistenza di una gastrite che accompagna l'ulcera gastrica e duodenale è un fatto già noto fin dai tempi del Cruveilhier; dato però

che il processo infiammatorio è specialmente accentuato in prossimità dell'ulcera è stato ritenuto sempre secondario. Le ricerche recenti però hanno dimostrato che in tratti di parete gastrica prelevati all'atto operativo anche a distanza dall'ulcera esistono lesioni di tipo gastrico. Konietzny avrebbe trovato i segni di una gastrite nel 100 % dei casi di ulcera sia gastrica che duodenale e ammette perciò che l'ulcera sia sempre un processo secondario a una gastrite cronica. Il reperto è stato confermato da numerosi altri autori ma l'accordo su quale dei due processi debba considerarsi primitivo non è stato raggiunto; nè l'istologia patologica è in grado di risolvere la questione. Si è cercato perciò di prendere argomenti dai risultati delle ricerche endoscopiche sistematiche e mentre il Korbsch sostiene di aver riscontrato con grande frequenza la trasformazione di erosioni gastriche in ulceri, da altri questo fatto è negato ed anzi si è messa in evidenza la facilità con cui le lesioni gastritiche tendano con rapidità in seguito alle cure o spontaneamente alla guarigione. Che in qualche caso però la trasformazione possa avvenire non si può escludere forse per l'intervento di fattori speciali dipendenti da condizioni generali o locali, come potrebbe essere una sensibilizzazione specifica o aspecifica della parete gastrica o duodenale in zone determinate col meccanismo per esempio del fenomeno di Schwarzmann-Sanarelli. Questo meccanismo da me invocato per spiegare alcuni tipi di colite emorragica è basato sulla osservazione dello Schwarzmann che praticando a determinati animali da esperimento una iniezione intradermica di una piccola quantità di lisato di culture tifose e 24 ore dopo facendo una iniezione endovenosa della stessa sostanze, si vede comparire nel luogo della prima iniezione un paio d'ore dopo della seconda una lesione emorragica che può arrivare fino alla necrosi. Le esperienze di numerosi altri autori non solo hanno confermato il fatto ma hanno constatato la necrosi anche introducendo in circolo sostanze diverse da quelle usate per la prima iniezione, anche di sostanze non batteriche. Nella gastrite potremmo avere in determinate zone penetrazione di germi nello spessore della parete e contemporaneamente la permeabilità maggiore della mucosa alle proteine eterogenee faciliterebbe la formazione di necrosi locali che, per il circolo vizioso che si determina, tenderebbero a divenir croniche.

Affermare questa possibilità di una genesi infiammatoria dell'ulcera gastrica o duodenale non significa ammettere la costanza di questo meccanismo di azione; quando gli esami gastroscopici saranno ancora più generalizzati e si potranno seguire sistematicamente col controllo radiologico un certo numero di pazienti il problema dei rapporti tra gastrite e ulcera gastrica potrà essere meglio rischiarato.

Un dato importante che l'endoscopia ha già potuto risolvere è quello della causa della periodicità dei disturbi nell'ulcera gastrica e duodenale; si è osservato infatti che in genere i periodi dolorosi coincidono con una riacutizzazione del processo gastritico, sicchè non è da escludere che i dolori dell'ulcera, come alcuni vorrebbero, siano dovuti alla gastrite concomitante.

Come per l'ulcera anche per l'epitelioma gastrico è sul tappeto oggi la questione dei rapporti tra i due processi; è un fatto stabilito oggi della coesistenza quasi costante di una gastrite per lo più di carattere atrofico a differenza della gastrite che accompagna l'ulcera che ha il carattere ipertrofico; sicchè alcuni AA. sostengono decisamente che la gastrite ipertrofica con ipercloridria predisporrebbe all'ulcera, la forma atrofica, ipochilica o achilica favorirebbe lo sviluppo del cancro dello stomaco, le eterotopie glandolari che si osservano in ogni caso di gastrite sopratutto atrofica ne costituirebbero il terreno predisponente. Un argomento in favore è la constatazione di un'achilia che si è vista precedere di anni lo sviluppo del carcinoma, Hurst sostiene in forma assiomatica che il cancro si sviluppa quasi costantemente su di un fondo gastritico. L'obbiezione che il cancro si sviluppa spesso in individui che non avevano sofferto anteriormente di disturbi gastrici perderebbe valore quando si consideri che la gastrite atrofica decorre spesso senza sintomi. Anche il fatto che in molti casi di cancro mancano nella zona circostante al tumore lesioni gastritiche trova negli assertori della genesi gastritica del cancro la spiegazione che il tumore si sia sviluppato su chiazze isolate di gastrite e costituirebbe un argomento contro l'ipotesi che la gastrite sia secondaria al tumore, sia essa determinata da fattori meccanici di ristagno o da causa tossica per processi autolitici a carico del carcinoma giacchè in ambedue i casi le alterazioni gastriche dovrebbero essere estese.

Io ritengo però che i risultati di questo rifiorire di studi e di tecniche nel campo delle malattie digestive non ci autorizza a trarre conclusioni assiomatiche definitive per quel che si riferisce alla gastrite cronica come fattore predisponente allo sviluppo del carcinoma gastrico; tale problema rientra in quello più generale dell'importanza di ogni processo infiammatorio cronico nello sviluppo dell'epitelioma.

Un altro argomento connesso coi precedenti è quello della gastrite degli operati di stomaco. Esiste un certo numero di malati di stomaco che dopo l'operazione praticata per ulcera gastrica continua a soffrire di disturbi gastrici. Sulle cause dei disturbi postoperatori è stato scritto molto, e se in un primo periodo della chirurgia il disturbo doveva mettersi in rapporto con un'ulcera del neopiloro, oggi che si praticano estese resezioni questa si è fatta più rara: del resto l'ulcera del neopiloro rappresenta solo una piccola percentuale delle cause

dei disturbi gastrici consecutivi all'operazione. Questi disturbi anche oggi risultano a me abbastanza frequenti. Volerli attribuire a sindromi aderenziali è un concetto molto semplicistico che non spiega perchè tali disturbi si presentano solo in alcuni casi mentre invece le aderenze secondo le statistiche di Payer e Naegeli si osservano in circa il 90 % delle operazioni sull'addome; d'altra parte non si comprende perchè tali disturbi aderenziali si debbono avere dopo operazioni sullo stomaco, duodeno, appendice (in cui in molti casi si deve invocare come causa dei dolori la tiflocolite precedente all'appendicite) e non sulle operazioni, per esempio, sull'utero o sugli annessi. A questo si potrebbe obbiettare che i disturbi vengono specialmente perchè lo stomaco e l'intestino sono in continuo movimento e quindi si provocano stiramenti dolorosi: però non si comprende perchè questo non debba avvenire nelle operazioni per cisti mesenteriche o per tumori dell'addome con aderenze allo stomaco e all'intestino.

La constatazione però in questi ultimi anni della quasi costanza della gastrite postoperatoria ha lumeggiato un lato nuovo del problema. La gastrite degli operati si presenta con grande frequenza ed io stesso ne ho potuto constatarne l'esistenza. In molti casi tale gastrite rappresenta la continuazione del processo che preesisteva all'operazione; in altri casi però la gastrite è tardiva ed è stata attribuita all'azione della bile e del succo pancreatico sulla mucosa gastrica o ad altri fattori che sarebbe troppo lungo enumerare. Sistematiche ricerche gastroscopiche e radiologiche potranno rischiarare ancora il problema della gastrite postoperatoria, sopratutto per quel che si riferisce alla sua frequenza, al tipo di operazione praticato e al reperto precedente all'atto operativo.

Non mi diffonderò qui a parlarvi dei rapporti che legano gastrite cronica, processi epatici, pancreatici, cieco-appendicolari, nè mi diffonderò a parlare dettagliatamente dell'anatomia patologica della gastrite cronica, problemi tutti che hanno ricevuto un notevole contributo dalle ricerche fatte in questi ultimi tempi sopratutto per opera dei chirurgi, per cui ha oggi perduto valore il detto di Faber che l'anatomopatologo non è in grado di riconoscere che la gastrite poliposa, giacchè le fini alterazioni sopratutto degli strati superficiali della mucosa perdono qualunque valore per la rapidità con cui dopo morte si stabiliscono le alterazioni della mucosa gastrica.

Gli aspetti macroscopici delle alterazioni gastritiche risultano nettamente all'esame endoscopico. Uno dei caratteri fondamentali della gastrite cronica è l'iperemia che spesso ha una distribuzione a zone e a cui si accompagnano depositi di muco aderente. Un aspetto su cui da molti AA. è stata richiamata l'attenzione è quello caratterizzato da sollevamenti rotondeggianti, « l'état mamelloné ». Questa alterazione non era sfuggita anche agli antichi anatomici, però era stata in molti casi messa in rapporto con un raggrinzamento determinato dai liquidi fissatori. Oggi all'esame gastroscopico si rilevano ad un occhio esercitato queste alterazioni che sarebbero espressioni di uno stato infiammatorio e a seconda dell'aspetto sono state distinte in granulari, verrucose, polipose o cistiche. Si riconoscono anche abbastanza nettamente zone edematose, ispessimenti delle pliche e in base al comportamento colla insufflazione d'aria si distinguono ispessimenti delle pliche determinate da infiltrazioni infiammatorie o da stati spastici della *muscularis mucosae*.

All'esame endoscopico si riconoscono le zone atrofiche a chiazze caratterizzate da assottigliamenti della mucosa attraverso cui trapariscono i vasi della sottomucosa, e in qualche caso si osserva un'atrofia diffusa. Un fatto costante specialmente nella fase acuta del processo è costituito dalle erosioni, spesso puntiformi, in altri casi estese e a contorni irregolari, talora a fondo emorragico, talora invece ricoperte da un essudato fibrinoso o purulento.

Le lesioni sono molto più diffuse nella regione antrale che nel fondo.

Per quel che si riferisce alle lesioni microscopiche il fatto fondamentale che risulta dalle osservazioni dei vari AA. è che il processo per lo più non è limitato agli strati più superficiali della mucosa ma colpisce tutta la parete gastrica e si diffonde agli organi vicini: la gastrite potrebbe così spiegare molte di quelle periduodeniti e peripiloriti apparentemente primitive che si riscontrano all'atto operativo. All'esame microscopico si rileva per lo più iperemia, talora emorragie, degenerazione dei tubi glandolari e perdite di sostanza più o meno profonde. Le verruche sono costituite da proliferazioni circoscritte della mucosa e sottomucosa; tutta la mucosa e sottomucosa presentano accumuli di leucociti a plasmacellule e in molti punti tessuto denso connettivo che strozza i tubi glandolari dando origine a piccole cisti. Talora questa fibrosi è così accentuata da determinare, sopratutto in corrispondenza al piloro, degli ispessimenti pseudoneoplastici stenosanti. Anche la *muscularis* in molti casi è ispessita e attraversata da larghi tralci di tessuto fibroso che invadono anche la sierosa e determinano aderenze cogli organi vicini.

L'interpretazione dei reperti microscopici richiede, sopratutto quando le lesioni non sono molto accentuate e caratteristiche, una particolare competenza, specialmente per il fatto che controlli di mucosa normale non sono facili e bisogna sopratutto diffidare, come nell'appendicite cronica, della diagnosi di gastrite basata solo su un maggiore accumulo di leucociti, giacchè la regione antrale è così ricca di tessuto linfatico che è difficile stabilire i limiti tra il normale e il patologico; inoltre nei pezzi pre-

levati all'operazione, bisogna tener conto delle eventuali alterazioni (iperemia, stravasi sanguigni ecc.) determinate dal trauma stesso operatorio.

In base ai dati endoscopici si distingue oggi la gastrite cronica in una forma mucosa e in una forma ipertrofica, che a sua volta si distingue in verrucosa, poliposa e cistica; la forma ipertrofica si accompagna frequentemente ad erosioni ed emorragie; si distingue inoltre una forma atrofica circoscritta o diffusa ed una forma mista in cui zone ipertrofiche si alternano a zone atrofiche.

Non mi diffonderò ulteriormente sui dati dell'esame endoscopico e tanto meno sulla tecnica dell'esame, argomento che può interessare più gli specialisti che i cultori di medicina generale; qui mi basta accennare che la diagnosi endoscopica delle lesioni gastritiche ha bisogno di un lungo tirocinio e presenta notevoli difficoltà, maggiori di quelle che si debbono superare per la diagnosi oftalmoscopica o cistoscopica; su queste presenta il vantaggio di un frequente controllo radiologico od operatorio; però, come abbiamo accennato, il controllo operatorio richiede molta ponderazione nel giudizio.

A proposito di controllo radiologico conviene qui accennare con obbiettività alla sua importanza nella diagnosi di gastrite.

Non c'è dubbio che la visione diretta è di gran lunga preferibile alla visione radiologica. Il colore, lo stato di vascolarizzazione, il grado di lucentezza della mucosa, i piccoli difetti o erosioni, le emorragie sono elementi indispensabili per la diagnosi di gastrite. D'altra parte l'esame radiologico ci apporta elementi di notevole valore, quali la nozione del tono, della posizione dello stomaco, dei rapporti cogli organi vicini e di eventuali aderenze, dei disturbi della motilità; inoltre lo studio delle pliche della mucosa, il loro aumento di volume e di numero rappresentano elementi preziosissimi per la diagnosi, specialmente quando si consideri che il fornice e in molti casi la regione pilorica e sempre la regione duodenale sfuggono all'esame endoscopico. Bisogna d'altra parte considerare che esistono ulceri gastriche che sfuggono all'esame radiologico e che si possono diagnosticare solo mediante la gastroscopia. Quindi i due mezzi hanno bisogno di una integrazione reciproca e spesso un reperto endoscopico chiede all'esame radiologico alcuni elementi preziosi per la diagnosi. D'altra parte un'alterazione del rilievo radiologico acquista valore solo se controllato colla visione diretta, giacchè esso è l'espressione di una aumentata spasticità della *muscularis mucosae*, è quindi solo un segno indiretto di un'alterazione della mucosa e, se per lo più si accompagna alla gastrite molte volte si può avere anche per processi di altra natura e anche per affezioni di organi lontani: difatti abbiamo osservato spesso che un quadro radiologico di gastrite ipertrofica corrisponde a un reperto endoscopico di gastrite atrofica. La granulosità della superficie della mucosa, tanto di poter parlare di uno *état mamelloné* radiologico si osserva solo eccezionalmente, mentre all'esame endoscopico si possono distinguere granulazioni talmente piccole da conferire un aspetto vellutato alla mucosa. La difficoltà di poter diagnosticare la gastrite verrucosa radiologicamente sta nel fatto che lo spazio tra verruca e verruca è colmato da muco che impedisce il depositarsi del sottile strato di bario. Le grandi formazioni polipose non sfuggono però quasi mai all'esame radiologico.

Come un'ipertrofia delle pieghe non è sempre corrispondente a una gastrite ipertrofica, così un assottigliamento delle pieghe radiologiche non rappresenta per lo più un segno di gastrite atrofica ma s'incontra frequentemente in stomaci normali o ipotonici: così non bisogna dimenticare che un rilievo normale può aversi anche in casi di gastrite grave. Così pure a proposito dell'esame endoscopico bisogna tener presente che nello stomaco dei vecchi esistono costantemente chiazze atrofiche, piccoli accumuli di muco aderente il cui valore patologico va giudicato caso per caso.

Abuserei della vostra attenzione se volessi entrare in ulteriori dettagli dell'esame radiologico ed endoscopico, su cui esiste una letteratura ricchissima; preferisco trattenermi sui criteri clinici della gastrite cronica.

La sintomatologia clinica della gastrite cronica in molti casi è completamente muta; questo si verifica sopratutto in quei casi in cui all'esame endoscopico si rileva una lieve iperemia o un aumento di muco, condizioni queste che stanno nel confine tra il normale e il patologico; esistono però anche casi che presentano un quadro endoscopico abbastanza rilevante e che non hanno i minimi disturbi; ciò non deve del resto meravigliarci quando si consideri che esistono anche ulceri e cancri dello stomaco senza la minima sintomatologia clinica subbiettiva.

Per quel che si riferisce all'età la gastrite è rara prima dei 20 anni ed ha il massimo di frequenza tra i 20 ed i 40 anni. È più frequente nel sesso maschile e ciò probabilmente in rapporto all'abuso di alcool o di fumo: altri fattori che s'incontrano spesso nell'anamnesi sono la tachifagia, l'irregolarità dei pasti, l'intossicazione da piombo o le malattie infettive croniche.

La sintomatologia subbiettiva per lo più non è caratteristica; esiste nausea, vertigine postprandiale, senso di peso dopo i pasti, disappetenza, *foetor ex ore*, stipsi o diarrea; in molti casi però i pazienti accusano dolori sia precoci che tardivi e talora i dolori sono molto intensi da far pensare all'ulcera. L'esistenza di un tipico *hungerpain* si verifica con notevole fre-

quenza; se a questo si aggiunge la periodicità dei disturbi che non è affatto rara nella gastrite e la presenza di emorragie che possono essere anche gravi, financo mortali, anamnesticamente si è portati a far diagnosi di ulcera. Sull'esistenza di questa gastrite con sintomatologia classica di ulcera non può oggi esistere più alcun dubbio giacchè c'è una ricca casistica raccolta da vari AA. con controllo non solo radiologico ma anche operatorio o di autopsia. Assistiamo così al quadro dell'ulcera senza ulcera: « Ulkuskrankheit ohne Ulkus » di Morawitz. Così in questi ultimi anni il vecchio concetto di Moyniham su cui abbiamo giurato per circa un ventennio che per la diagnosi di ulcera duodenale bastava una buona anamnesi è definitivamente crollato; già la radiologia aveva dimostrato che una sintomatologia tipica di *ulcus* può esistere senza ulcera; le osservazioni endoscopiche e anatomiche di questi ultimi anni hanno avvalorato tale asserzione.

Esiste però qualche criterio anamnestico che può farci orientare verso la diagnosi di gastrite piuttosto che di ulcera; così di regola nella gastrite senza ulcera non esiste la tipica periodicità in rapporto alle stagioni, ma per lo più le recrudescenze dolorose sono in rapporto ad errori dietetici. Questo dato però non ha un valore assoluto. Così pure l'*hungerpain* non si presenta a molta distanza dal pasto come nell'ulcera ma è più precoce e si osservano anche dolori immediati insieme al dolore tardivo: si nota poi nella gastrite spesso una dolenzia diffusa alla palpazione dello stomaco che nell'ulcera manca. Il bicarbonato può nella gastrite esarcerbare i dolori anzichè calmarli; ciò è dovuto alla distensione della parete gastrica infiammata. Questi criteri quando esistono possono far propendere per la diagnosi di gastrite più che per quella di ulcera, ma quando si consideri che spesso tali dati mancano e che in molti casi l'ulcera si accompagna alla gastrite, questi dati perdono molto del loro valore.

Dal punto di vista sintomatologico è importante richiamare l'attenzione sull'esistenza di gravissime emorragie anche mortali senza ulcera e il fatto ancora più paradossale che in caso di ulcera l'emorragia può derivare dalla gastrite e non dall'ulcera, fatto ormai definitivamente sancito dall'esperienza di questi ultimi anni e che deve perciò guidarci nelle indicazioni operatorie e nella scelta dell'operazione; sono stati infatti osservati dei casi in cui la semplice escissione dell'ulcera non è stata sufficiente ad arrestare l'emorragia e in cui in secondo tempo si è dovuto ricorrere a una estesa resezione gastrica. È così crollato l'edificio di Boas sull'importanza delle emorragie latenti per la diagnosi di ulcera gastrica e duodenale.

Perduto così gran parte del loro valore il dato anamnestico e le ricerche delle emorragie, si sono moltiplicati gli sforzi per cercare nuovi elementi clinici di orientamento per la diagnosi di gastrite: la radiologia con i perfezionamenti tecnici di questi ultimi anni (seriografia, compressione dosata, rilievo della mucosa) non solo ci ha potuto mettere in evidenza piccole ulceri che fino a qualche anno fa sarebbero passate inosservate, ma, come abbiamo già detto, in alcuni casi, specialmente se associata all'endoscopia, ci permette di formulare una diagnosi di gastrite che quasi ha il valore di un esame microscopico.

I dati della secrezione gastrica che hanno acquistato un'enorme importanza per la diagnosi delle varie anemie e per l'interpretazione patogenetica di altre forme morbose non portano un importante contributo diagnostico per la diagnosi di gastrite, giacchè nella gastrite si possono avere valori normali, stati ipercloridrici, stati ipocloridrici fino all'achilia; in base ad essi non si può arguire la coesistenza di un'ulcera o di un carcinoma e se per lo più le ulceri, specialmente le duodenali, si accompagnano a forti valori di acidità non sono rare le eccezioni. Per quel che si riferisce ai rapporti tra stato della mucosa e secrezione gastrica si osserva che in casi di gastrite ipertrofica si ha spesso un'achilia; la forma atrofica decorre per lo più con achilia o con ipoacidità ma non sono rare anche qui le eccezioni.

Per quel che si riferisce ai rapporti tra valori dell'acidità e sintomatologia subbiettiva si è osservato che spesso una forma achilica decorre col tipico *hungerpain*. Nonostante queste riserve lo studio dell'acidità gastrica è indispensabile per l'indirizzo dietetico e terapeutico.

Maggior valore per la diagnosi di gastrite l'ha acquistato lo studio del sondaggio a digiuno: così l'Henning dà valore alla decolorazione di una soluzione di bleu di metilene messo a contatto col contenuto dello stomaco a digiuno e tenuto in termostato per mezz'ora; questo fatto sarebbe in rapporto con un aumento di muco, sangue o essudato infiammatorio; tale interpretazione si deve dare anche alla forte differenza dei valori tra acidità totale ed acidità cloridrica che da altri è stata utilizzata per la diagnosi di gastrite.

Si è cercato anche di mettere in valore la citodiagnosi del contenuto gastrico digiuno e gli aspetti della cristallizzazione del succo gastrico messo a disseccare su di un vetrino. Da alcuni è stata richiamata l'importanza delle ricerche batteriologiche specialmente in casi di achilia, ma per me il loro valore non supera quello del semplice reperto di achilia vera istaminoresistente.

Criterio diagnostico secondo l'Henning importante è la constatazione di un'aumentata permeabilità gastrica; ma la sua determinazione richiede tali artifici tecnici per garantirci da un assorbimento intestinale che tale metodo, di grandissimo valore teorico, non può essere considerato un metodo di diagnosi corrente; maggior valore ha per me il mezzo suggerito

dal Norpoth; egli, partendo dal concetto che i dolori da distensione sono aumentati nella gastrite, determina mediante un manometro applicato al sondino gastrico il grado di distensione necessario a provocare dolore.

Dai dati suesposti risulta che accanto a un perfezionamento dei mezzi radiologici e endoscopici esiste una tendenza a creare una sintomatologia clinica e una tecnica diagnostica alla portata di tutti che permetta anche al medico pratico di sospettare l'esistenza di una gastrite; naturalmente una maggiore sicurezza potrà darcela l'esame radiologico, ma la sicurezza assoluta potrà darcela solo l'esame endoscopico, il quale, non solo ci permette di rilevare le lesioni inziali, ma di poter seguire l'evoluzione del processo e gli eventuali vantaggi della cura. Ciò è molto importante perchè per la gastrite come per l'ulcera molte volte alla guarigione clinica non corrisponde la guarigione anatomica: e per l'ulcera osserviamo spesso che la scomparsa dei dolori non è la prova sicura che essa sia realmente guarita e la radiologia non sempre dà risultati di un valore assoluto, giacchè collo scomparire dei fenomeni acuti dolorosi diminuisce la irritabilità della *muscularis mucosae*, scompare l'edema e allora la nicchia radiologica può farsi meno evidente e anche scomparire mentre l'ulcera può continuare la sua evoluzione; in altri casi invece la persistenza di una deformazione cicatriziale potrà farci pensare che l'ulcera non sia guarita, mentre invece all'atto operativo si trova una completa riparazione. L'endoscopia invece potrà dirci con sicurezza se alla guarigione clinica corrisponde la guarigione anatomica e se le esacerbazioni sono in rapporto con una riacutizzazione del processo infiammatorio o con una esaltazione della spasticità viscerale o della sensibilità individuale. Purtroppo però il duodeno e in un certo numero di casi anche la regione prepilorica sfuggono alla diagnosi endoscopica, in genere però dallo stato della mucosa antrale si possono trarre deduzioni sulle alterazioni della regione pilorica e duodenale; d'altra parte una osservazione combinata radiologica ed endoscopica potrà quasi sempre illuminarci sullo stato anatomico della regione piloro-duodenale.

Per quel che si riferisce alla prognosi essa nelle forme leggere mucose o ipertrofiche circoscritte è abbastanza buona; le forme diffuse sono per lo più inguaribili e possono passare allo stato atrofico con tutte le ripercussioni ematiche caratteristiche. E a questo proposito accenno a problemi del più grande interesse che attendono in un avvenire più o meno lontano la loro risoluzione: perchè in alcuni casi una gastrite ipertrofica rimane tale per tutta la vita, mentre in altri casi passa rapidamente allo stato atrofico e perchè una gastrite atrofica in molti casi non dà il minimo disturbo, in altri dà gravi sofferenze gastriche, altre volte dà una sintomatologia solo intestinale, in altri casi infine si presenta col quadro di un'anemia ipocromica o perniciosa?

A proposito di anemia perniciosa in rapporto coll'achilia nei casi da noi osservati l'atrofia non è mai totale ma a chiazze e accanto a zone atrofiche si osservano zone ipertrofiche; il problema dell'endoscopia dell'anemia perniciosa va quindi studiato in base a ricche statistiche endoscopiche; giacchè è solo in base a questo criterio che è possibile distinguere in vita le forme degenerative dalle infiammatorie giacchè la prova del rosso neutro e dell'istamina non dànno per la risoluzione di questo problema risultati decisivi.

Dal punto di vista terapeutico è un criterio elementare di combattere qualunque focolaio settico localizzato nella cistifellea, nell'appendice, nella prostata, negli annessi, ma sopratutto particolare cura bisogna rivolgere a una accurata ispezione delle cavità nasali, delle tonsille, dei denti e in caso di foci di provvedere opportunamente.

Come cura locale dello stomaco si consigliano i lavaggi gastrici con nitrato di argento o con soluzioni alcaline. In genere io mi sono trovato molto soddisfatto dal punto di vista terapeutico, almeno nelle fasi acute, dell'autoemoterapia, delle iniezioni di latte o di peptone.

A scopo sintomatico si consiglia nella forma achilica l'acido idroclorico, la pilocarpina, l'eserina, o l'istamina per os. Nella forma ipercloridrica sono indicati gli alcalini, che nonostante il grido di allarme che si era levato recentemente per il pericolo dell'alcalosi o dell'ipersecrezione reattiva, possono essere somministrati nelle dosi comuni terapeutiche tranquillamente. Io mi sono trovato molto soddisfatto delle piccole dosi, quasi omeopatiche, di solfato e bicarbonato di sodio; non sono invece un entusiasta delle cure di acque praticate nei vari stabilimenti o sorgenti dove domina un empirismo così poco scientifico da rappresentare un vero anacronismo allo stato attuale degli studi.

In casi di forti dolori si può tentare la diatermia, purchè non esista tendenza alle emorragie. Coll'uso continuato dell'atropina o della belladonna ho osservato spesso una reazione paradossa, come era stata già osservata per gli alcalini, un aumento cioè dei valori dell'acidità; consiglio perciò tali medicamenti solo per brevi periodi e nella fase acuta. In alcuni casi **non si può fare a meno degli oppiacei.**

A scopo sintomatico contro i dolori sono anche indicate le iniezioni endovenose di preparati di calcio o di benzoato sodico già proposte per l'ulcera. Il valore terapeutico del benzoato sodico non è basato su di un presunto potere alcalinizzante tissurale o altro, ma sull'azione antispasmodica e analgesica del radicale benzilico, i cui rapporti strutturali da un lato colla cocaina e dall'altro colla papaverina

sono ora ben noti chimicamente. Sullo stesso meccanismo è basata la efficacia terapeutica delle iniezioni di pepsina che contengono benzoato sodico; non deve essere anche estranea l'azione shock delle impurità proteiche, che, come abbiamo osservato, ha un'azione trofica sul rivestimento cutaneo e mucoso del corpo.

Nelle forme gravi emorragiche è stata proposta la trasfusione del sangue; nonostante l'entusiasmo dei vari AA., i risultati ottenuti nei miei casi non sarebbero molto incoraggianti: in tali casi io preferisco limitarmi a una cura sintomatica e in casi di emorragia infrenabile ricorrere ad un atto operativo immediato. Nelle forme gravi è stata anche consigliata la sonda digiunale tenuta permanentemente anche per un periodo di qualche mese; bisogna però tener conto anche delle complicazioni faringee, tonsillari e anche broncopolmonari a cui espone tale metodo di cura.

Dal punto di vista dietetico, la dieta lattea, specialmente nella fase di riacutizzazione dolorosa od erosiva dà spesso ottimi risultati, a meno che non esistano intolleranze, di cui bisogna tener molto conto nella dietetica soprattutto delle gastriti, dove spesso interviene, almeno secondo la mia esperienza, l'anafilassi alimentare come fattore patogenetico delle riacutizzazioni. L'alimentazione deve essere ad ogni modo semplice e non irritante e deve escludersi l'uso dell'alcool, del caffè e delle spezie anche nella forma achilica.

Per quel che si riferisce alla cura chirurgica essa ha dei sostenitori convinti in ogni caso; secondo me però trova un'indicazione assoluta solo in casi di gastrite pilorica stenosante, nelle emorragie gravi o recidivanti e in caso d'insuccesso di prolungate cure mediche; resecare però tutti gli stomaci gastritici, se non altro, come alcuni vorrebbero, come profilassi del carcinoma, è, almeno allo stato attuale delle nostre conoscenze, esagerato, finchè l'esperienza ulteriore non ci avrà dimostrato che la gastrite cronica è una « conditio sine qua non » per lo sviluppo del carcinoma e ci avrà indicato le forme anatomiche che ne costituiscono la base: bisogna infatti tener conto anche dei rischi operatori, e delle possibilità di complicazioni, quali la gastrite post-operatoria, l'anemia agastrica, prima di consigliare con leggerezza una gastrectomia subtotale.

Concludendo, questa forma morbosa riesumata in virtù dei progressi attuali della tecnica, viene oggi ad occupare un posto preponderante in patologia, oltre che per la sua frequenza, anche perchè rappresenta un punto nodale di problemi con essa connessi, non solo nel campo della patologia digestiva (cito appena i rapporti colle affezioni epatiche, pancreatiche e ceco-appendicolari), ma anche in altri campi, quali quello delle anemie, di varie affezioni spinali o cerebrali, o di malattie cutanee: questo gruppo di affezioni sarebbe infatti in rapporto colla scomparsa di un « fattore intrinseco gastrico », che va perduto in seguito a processi infiammatori della mucosa gastrica. Tale fattore intrinseco che non è nè la pepsina nè l'acido idroclorico avrebbe un'importanza fondamentale per la preparazione e l'utilizzazione di alcuni aminoacidi o vitamine introdotti coll'alimentazione. Il problema però più palpitante d'interesse in questo momento è quello dei rapporti che legano la gastrite cronica coll'epitelioma e coll'ulcera gastrica, per il valore profilattico che potrebbe avere; problemi tutti ancora non completamente chiariti ma che la febbre di ricerche che hanno destato lascia adito alla speranza che in un non lontano avvenire potranno avere la loro risoluzione.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOPATIE.

Le sindromi paratiroidee.

(H. DESOILLE. *Bulletin Médical*, 24 febbraio 1934).

Il metabolismo del calcio e del fosforo è sotto l'influenza di fattori diversi, di cui i meglio accertati sono il contenuto di vitamine D nell'alimentazione ed il funzionamento delle paratiroidi.

Se esiste uno stato d'iperfunzione di queste glandole si produce una decalcificazione scheletrica esagerata, il tasso di calcio nel sangue si eleva, l'escrezione di calcio si accentua (il bilancio calcico diventa negativo nel senso che l'escrezione è superiore all'assorbimento alimentare).

Se invece la funzione paratiroidea è deficiente si ha un arresto della distruzione ossea normale, si determina un eccesso di ossificazione (il bilancio del calcio è positivo nel senso che si ha un'escrezione di calcio minore dell'assorbimento, una fissazione di calcio nei tessuti).

Tenuti presenti questi dati generali si può dar ragione del quadro clinico e del meccanismo patogenetico delle sindromi da *iper-* ed *ipoparatiroidismo*.

Tra le *sindromi iperparatiroidee* la meglio definita è l'*osteosi paratiroidea* o *osteite fibrocistica di Recklinghausen*.

L'affezione è dovuta ad un adenoma paratiroideo ed è caratterizzata da particolari alterazioni ossee. Si ha una distruzione progressiva dell'osso dall'interno verso l'esterno, dovuta ad un'esagerazione del processo osteoclasico a mezzo dei mieloplassi, mentre il tessuto fibroso invade la sostanza ossea. D'altra parte diminuisce il contenuto di calce anche nella par-

te di osso non invaso dal tessuto fibroso. Contemporaneamente, come reazione di difesa, si sviluppa una ricostruzione ossea periferica esagerata a mezzo di tessuto osteoide non calcificato.

Clinicamente la malattia s'inizia con astenia e dolori agli arti inferiori ed al rachide, che impediscono il cammino. In capo a uno o due anni si determinano fratture dolorose a seguito di piccoli traumi, e successivamente spontanee ed indolenti.

La radiografia della parte fratturata rivela la decalcificazione con allargamento della cavità midollare, e oltre a ciò alterazioni tipiche dell'osteosi paratiroidea: neoformazioni di sostanza osteoide verso la periferia ma con integrità del periostio e cisti multiple, sovrapposte, spesso piccole e numerose.

L'invalidità diventa totale. L'infermo è costretto a letto da dolori ossei risvegliati dai movimenti; teme il minimo sforzo, il minimo contatto, gli dà fastidio anche il peso delle coperte. Di tanto in tanto sopravvengono violente crisi di dolore a livello di qualche osso, crisi che annunziano nuovi tumori e nuove fratture.

A carico delle ossa lunghe degli arti esistono una o più fratture che comportano una motilità anormale delle corrispondenti sezioni. Le tibie, i metacarpi, le falangi, i mascellari presentano tumefazioni localizzate, dure, insensibili o dolenti; i denti cadono. Indipendentemente dalle fratture le ossa s'incurvano, il cranio aumenta di volume.

Oltre a ciò si riscontrano altri sintomi neuromuscolari e viscerali: astenia, ipotonia, diminuzione dei tendinei, anoressia, stipsi, crisi d'intolleranza gastrica con vomiti, sclerosi renale, vasale e cutanea.

I malati non operati muoiono in cachessia dopo 4-6 anni.

Il sintoma capitale è l'ipercalcemia.

L'affezione può assumere forme cliniche diverse a seconda dei sintomi dominanti: forma localizzata, renale, a calcificazioni metastatiche associata a sclerodermia, lenta, a tipo Paget.

La *sclerodermia* può costituire da sola la sindrome esponente di iperparatiroidismo, ma può essere anche associata a decalcificazione ossea, calcificazione viscerale, ipercalcemia.

Le sindromi iperparatiroidee si giovano del trattamento chirurgico (ablazione dell'adenoma o delle glandole paratiroidee, resezione delle arterie paratiroidee).

Le conseguenze immediate di questi interventi può essere una tetania transitoria con rapida caduta della calcemia, alla quale si può riparare mediante l'opoterapia paratiroidea, con somministrazione di calcio e prodotti irradiati.

Il miglioramento dell'osteosi è spesso sorprendente. I dolori diminuiscono o scompaiono, l'astenia si riduce, tutti i disturbi cessano più o meno rapidamente. Radiologicamente si vedono le ossa ricalcificarsi.

I risultati sono meno buoni quando non si ha tetania post-operatoria e quando non si trova l'adenoma.

Anche nella sclerodermia si ha un miglioramento netto: il malato si sente sollevato, respira meglio; la pelle perde la durezza patologica. Ma spesso il miglioramento non dura che qualche giorno. È per questo che Leriche consiglia di associare alla paratiroidectomia la simpatectomia.

La *sindrome ipoparatiroidea* classica è la *tetania*, che può comparire sia a seguito di ablazione delle paratiroidi, sia spontaneamente.

La *tetania chirurgica* può essere *acuta* o *cronica*.

Nella *forma acuta*, che s'inizia nei giorni seguenti all'intervento, si hanno prodromi (ansia, agitazione, formicolii degli arti) che annunziano le crisi di contrattura. Queste crisi sono caratteristiche: mano da ostetrico, spasmi carpiformi, spasmi dei muscoli facciali, e nelle forme gravi, spasmi dei muscoli respiratori e della glottide. Tra un accesso e l'altro i segni di Chvosteck e di Trousseau mettono in evidenza l'ipereccitabilità meccanica neuromuscolare.

Lo stato tossico generale si rileva con disturbi cerebrali (ansia, agitazione, delirio) e della febbre.

La calcemia è diminuita.

Il decorso è vario: gli spasmi della glottide possono costituire accidenti mortali.

La guarigione è annunziata dalla rarefazione e dalla diminuzione di intensità delle crisi.

Le forme prevalentemente tossiche possono essere accompagnate da contratture, ma i fatti dominanti sono la dispnea, i vomiti, la diarrea profusa, il meteorismo. La morte sopravviene dopo qualche settimana.

Nella *forma cronica*, che può seguire quella acuta, le crisi di contrattura sono più rare, ma i sintomi tossici sono più persistenti e vari: alterazioni dello psichismo, disordini intestinali, facile stanchezza, alterazione dello stato generale, disturbi trofici (caduta dei capelli e dei peli, atrofie delle unghie, caduta dei denti, cataratta). La ipocalcemia non sempre è proporzionale alla gravità dei disturbi.

Il decorso è lungo: si possono avere alternative di miglioramento o di aggravamento. Quest'ultimo può verificarsi a seguito d'influenze debilitanti: infezioni, gravidanza, ecc. La morte può verificarsi anche dopo parecchi anni.

La *tetania spontanea* si manifesta clinicamente con una sintomatologia analoga a quella post-chirurgica, ma le sue relazioni con alterazioni delle paratiroidi non è ben definita. Le lesioni di queste glandole sono incostanti nella tetania infantile e sono eccezionali in quella degli adulti. Tuttavia non si può escludere che

si tratti solo di insufficienza funzionale senza lesioni anatomiche.

Il trattamento della tetania acuta post-operatoria consiste nella somministrazione di calcio e di prodotti paratiroidei per via sottocutanea.

La tetania cronica e spontanea si curerà con il cloruro di calcio, la vitamina D, i raggi ultravioletti.

Gli innesti glandulari hanno dato insuccessi.

Una sindrome ipoparatiroidea molto interessante è la *sclerodermia associata alla cataratta (morbo di Rothmund)*. Si tratta di un'affezione familiare lentamente progressiva. I soggetti hanno costituzione infantile, diventano precocemente calvi, e soffrono d'artralgie. Verso l'età di 20-30 anni cambiano i tre sintomi cardinali: sclerodermia, cataratta, disordini laringei.

La malattia si può associare alla tetania. La calcemia è normale.

L'opoterapia paratiroidea è indicata, ma non ha influenza sulla cataratta che deve essere trattata chirurgicamente.

Oltre che per quelle sopraindicate la etiopatogenesi paratiroidea è stata sospettata per altra sindrome: osteomalacia, reumatismo cronico, cheloidi, miosite ossificante, miotonia atrofica (morbo di Steinert), miastenia (morbo di Erb Goldflam), epilessia, morbo di Dupuitren,

Malgrado le apparenti analogie tra osteomalacia e l'osteosi paratiroidea, è evidente che si tratta di due affezioni fondamentalmente differenti. L'origine paratiroidea dell'osteomalacia è tutt'altro che dimostrata: più probabile, se non sicuro, sembra che essa sia in dipendenza di una disfunzione ovarica. Tuttavia l'importanza delle paratiroidi nel determinismo della malattia, sia pure come fattore secondario, non può escludersi. Sta di fatto che nelle forme nelle quali si ha assorbimento ed eliminazione eccessiva di calcio l'ablazione delle paratiroidi riesce vantaggiosa.

Il reumatismo cronico anchilosante con ipercalcemia sembra essere dipendente da una disfunzione delle paratiroidi, tanto che l'ablazione di queste glandole in parecchi casi ha determinato un miglioramento ed anche la guarigione.

Anche in casi di miosite ossificante e di cheloidi con ipercalcemia si sono avuti successi con la paratiroidectomia.

La miotonia atrofica o morbo di Steinert è caratterizzata da atrofia dei muscoli della faccia, dell'avambraccio e della parte antero-esterna della gamba con miotonia e fatti distrofici (calvizie, caduta dei denti, atrofia testicolare, cataratta). Molti autori sostengono l'origine paratiroidea di quest'affezione, ma la terapia opoterapica non sempre riesce vantaggiosa.

Per le altre affezioni (miastenia, epilessia, morbo di Parkinson, morbo di Dupuytren, sclerodermia) la probabile e sempre discussa origine paratiroidea può essere ammessa solo in quei casi nei quali il bilancio del calcio risulta nettamente alterato. DR.

Le alterazioni del ricambio degli idrati di carbonio nelle sindromi preipofiso-surrenali.

(E. KYLIN. *Mediz. Klin.*, 2 febbraio 1934).

Le recenti ricerche sulla regolazione ormonica della glicemia hanno fatto convergere l'attenzione oltrecchè sull'insulina, sui fattori iperglicemizzanti. Fra questi i più importanti sarebbero l'adrenalina e la pituitrina. Secondo gli studi di Lucke l'increto iperglicemizzante della preipofisi agirebbe in questo senso attraverso la stimolazione delle surrenali, che avviene per via nervosa (sarebbe dunque un ormone di ordine superiore che regola un altro organo endocrino analogamente a quello che è prolan rispetto alle ghiandole sessuali o l'ormotirina rispetto alla tiroide).

Basandosi su questi studi e partendo dal concetto che gli stati iper- o ipoglicemici possono essere provocati sulla duplice via dell'iper- o ipofunzionamento delle ghiandole endocrine antagoniste (app. insulare da una parte, gruppo preipofisi-surrenale dall'altra), l'A. passa in rassegna le sindromi preipofisarie-surrenali richiamando l'attenzione sulle corrispondenti alterazioni del ricambio zuccherino per poi in uno studio clinico e sperimentale analizzare la parte che spetta al gruppo iperglicemizzante nel determinismo di alcune forme del diabete mellito.

Tra le sindromi di ipofunzione ipofisaria viene in primo luogo citata la cacchessia ipofisaria di Simmonds; in essa v'è tendenza all'ipoglicemia, rilevata anche in alcuni casi dall'A., tendenza che può essere modificata mediante la terapia con preparati di ipofisi. A questa dev'essere opposta la sindrome di Cushing, adenoma eosinofilo della preipofisi che si accompagna ad iperglicemia, ipertensione, polifagia, adiposità.

Il morbo di Addison con deficit surrenale assoluto è pure caratterizzato da ipoglicemia; non esistono però dei dati sicuri in riguardo dell'adenoma surrenale — cioè dell'ipernefroma.

Anche l'acromegalia che corrisponde ad un iperfunzionamento ipofisario presenta spesso iperglicemia e glicosuria; tanto che Brugsch e Lucke parlano di un diabete acromegalico in cui l'iperglicemia e la glicosuria sono provocate dall'esagerata secrezione di ormone preipofisario iperglicemizzante.

La glicosuria della gravidanza (che finora veniva attribuita al riassorbimento del galattosio della ghiandola mammaria) troverebbe,

secondo l'A., la sua spiegazione nell'esagerata attività ipofisaria tanto chiaramente dimostrabile dall'enorme quantità del prolan secreto, ed escreto colle urine.

L'A., soffermandosi particolarmente sull'ipertensione essenziale, crede che anche questa andrebbe inclusa fra le sindromi preipofiso-surrenali. L'importanza dell'adrenalina nella genesi dell'ipertensione una volta ritenuta probabile, è stata in seguito negata per la mancanza della iperadrenalinemia; ma tutti i metodi di determinazione di quest'ultima, anche i più fini, si sono dimostrati poco attendibili; cosicchè il problema rimarrebbe sub-iudice. Esiste però una serie di fatti raccolti dall'A., che fanno ammettere che la preipofisi possa (attraverso le surrenali?), almeno in una parte dei casi, essere la causa dell'ipertensione; così quest'ultima è costante nella sindrome di Cushing; l'ipertonia è frequente a riscontrarsi nell'acromegalia; d'altra parte l'A. in molti casi di ipertensione essenziale è riuscito a mettere in evidenza il prolan nelle urine, in quantità di molto superiore a quella riscontrabile nelle urine dei normali; anzi si potrebbe dire che l'escrezione di prolan procede in certo qual modo parallelamente all'ipertensione. Ora, è nota la frequenza colla quale l'ipertensione si complica col diabete (in 20 % dei casi); anche in mancanza di questo, secondo i dati dell'A., i valori della glicemia tendono al loro massimo fisiologico (contrariamente a ciò che avviene nella sindrome di Simmonds). D'altra parte i diabetici, specie al disopra di 40 anni, sono soggetti all'ipertensione (sup. e 160 mg.) in 40-60 % dei casi.

Per la spiegazione di tale concomitanza da v. Noorden, Volhard, ecc. veniva invocata la arteriosclerosi coesistente coll'ipertonia, arteriosclerosi che nel distretto pancreatico determina la minorazione dell'app. insulare e indirettamente la sindrome diabetica. Questa interpretazione non viene accettata dall'A. almeno per la maggior parte dei casi. Partendo dai dati e dalle considerazioni suesposte egli istituiva alcune ricerche intese a chiarire il vario meccanismo della patogenesi diabetica, in specie del diabete degli ipertesi, e della sindrome glicosurica degli acromegalici.

Egli osservava le modificazioni della curva glicemica nei diabetici non ipertesi, in quelli ipertesi, nei normali, negli acromegalici, negli ipertesi non diabetici, negli affetti da malattia di Simmonds, sottoponendoli alle prove funzionali mediante somministrazione di glucosio, o iniezione di adrenalina o di insulina (ognuna di queste prove veniva eseguita a digiuno).

Non ci è possibile riportare qui per esteso la media dei risultati delle singole prove nelle serie dei malati. Appare però netta la diversità delle curve ottenute nei diabetici ipertesi o meno: nei primi p. es. la curva della glicemia post-adrenalinica è molto meno ripida da quella dei diabetici a tensione normale (ed è parallela alla curva degli acromegalici). Anche l'iperglicemia da caricamento è molto più marcata nei non ipertesi, mentre l'andamento di essa negli ipertonici si avvicina a quello dei normali; anzi, la discesa post-alimentare della glicemia, quasi assente nei diabetici non complicati, in quelli con pressione aumentata è tanto spiccata da essere più pronunciata di quella degli individui normali (questo fatto anche secondo Lichtenberg, Kylin, Lucke, starebbe contro l'offesa dell'app. insulare). Ed infine il diabete semplice si dimostrava essere il più sensibile all'insulina; quello ipertonico lo era di meno, a conferma del fatto noto della relativa insulino-resistenza dei diabetici di quest'ultimo tipo.

Nella diversità dunque delle curve glicemiche delle diverse sindromi l'A. vede un'indiretta conferma della possibile origine duplice del diabete; già è stato accennato che la spiccata discesa post-alimentare sta per la conservazione del tessuto insulare; la minore sensibilità dei diabetici ipertesi all'adrenalina potrebbe essere dovuta al fatto che l'organismo abituato allo stimolo continuo dell'ormone contro-insulare, reagisce di meno; la relativa resistenza all'insulina del diabete ipertonico pure dimostrerebbe che in esso non si tratta di deficit insulinico, ma di iperproduzione di increti iperglicemizzanti.

Dunque, analogamente a ciò che avviene nelle sindromi ipoglicemiche, che possono derivare sia da iperinsulinismo sia da mancanza di ormone controinsulare (ormone di Lucke — che difetta nella malattia di Simmonds, o adrenalina — nel morbo addissoniano) anche la sindrome iperglicemica — il diabete — può essere provocata oltrecchè da deficienza pancreatica, da un'iperfunzione preipofisaria-surrenale; un esempio di questa sarebbe il diabete ipertonico che sotto molti riguardi presenta l'immagine opposta della sindrome di Simmonds.

Conosciamo d'altronde la molteplicità delle funzioni ipofisarie e il fatto che non tutte si presentano sempre in ugual modo alterate; in alcuni casi predominerà l'ipertensione, in altri la sindrome metabolica con iperglicemia, iperuricemia o aumento del metabolismo basale. Nella valutazione delle varie sindromi va anche tenuta presente l'azione regolatrice che l'ipofisi esplica sulle surrenali, sulle ghiandole sessuali, sulla tiroide.

L'A. conclude prudentemente invocando la necessità di ulteriori ricerche in questo campo promettente. La sua, non sarebbe per ora che un'ipotesi da lavoro, basata su una serie di considerazioni teoriche e su dati più o meno direttamente convincenti. Sta al futuro, colle maggiori possibilità e conoscenze, a dimostrarla e utilizzarne gli elementi essenziali.

S. MINZ.

RENI E VIE URINARIE.

Le classificazioni delle nefriti.

F. RATHERY e P. FROMENT. (*Presse Médicale*, 24 marzo 1934).

Gli AA. fanno una critica delle classificazioni delle nefriti.

Ci sono tre grandi classificazioni delle nefriti: quella anatomica, quella etiologica e quella fisiologica.

Classificazione anatomica. Bright distinse tre tipi di alterazioni renali (il rene molle bianco-giallastro, il rene picchiettato granuloso e il rene lobulato) senza pronunziarsi sulla questione se si trattasse di tre malattie diverse o di tre diversi stadi di una medesima malattia. Altre classificazioni seguirono questa. Ma fino a quella di Toynbee, che insisteva sull'importanza delle lesioni interstiziali e vascolari, si parlava solo di lesione epiteliale ghiandolare.

Il Traube ammise due forme di nefrite con processo essenzialmente interstiziale, quella con proliferazione intertubulare e quella con proliferazione periglomerulare; a queste lesioni sono secondarie le lesioni epiteliali.

Da allora ci sono due teorie anatomocliniche, la dualista (che ha il suo esponente più spinto in Charcot, che divide le nefriti in parenchimatose ed interstiziali) e quella unicista. Il concetto che la lesione glomerulare preceda quella tubulare è del Klebs e risale al 1870.

Le classificazioni così dette moderne dei tedeschi non hanno fatto che riassumere le nozioni già note.

Volhard e Fahr distinguono 3 gruppi:

1) le nefrosi (gruppo primitivamente degenerativo);

2) le nefriti (gruppo primitivamente infiammatorio);

3) le nefrosclerosi (gruppo vascolare primitivo).

Le nefrosi sono lesioni tubulari degenerative; però Munk descrive anche alterazioni glomerulari. Le nefriti sono di natura infiammatoria e si presentano in due tipi: glomerulite e nefrite interstiziale. La glomerulite può essere diffusa o a focolai e anch'essa, secondariamente, si accompagna per lo più a lesioni tubulari. Le nefriti interstiziali sono un edema infiammatorio del rene e si distinguono in diffuse e a focolai.

Le nefrosclerosi possono essere benigne o maligne.

A queste forme corrispondono dei tipi clinici: la nefrosi ha per esponente clinico l'edema, la glomerulonefrite, l'ematuria e la nefrosclerosi l'ipertensione.

Però la glomerulosclerosi diffusa si complica spesso con edema ed ipertensione.

Nella nefrosclerosi l'albuminuria dipenderebbe dai glomeruli, l'edema dalle lesioni vascolari e l'uremia dalle lesioni tubulari.

La classificazione di Oberling comprende cinque tipi:

1) La nefrite parenchimatosa tossica (lesione tubulare che può anche estendersi al tessuto interstiziale), che si divide in tre sottogruppi: quella epiteliale (sublimato, cloroformio, ecc.), la glomerulonefrite tossica e quella diffusa;

2) La nefrite parenchimatosa infettiva, che clinicamente è una nefrite cloruremica idropigena con ipertensione e iperazotemia;

3) La nefrite interstiziale;

4) La nefrite cronica di origine ascendente;

5) La sclerosi renale di origine vascolare.

A queste classificazioni Rathery e Froment muovono delle critiche. Dal punto di vista anatomopatologico osservano che non è un solo elemento renale che è colpito, ma quasi sempre sono colpiti tutti, e c'è soltanto prevalenza di un elemento che è più colpito degli altri.

Le ricerche sperimentali non hanno permesso di distinguere nettamente, secondo gli AA., le lesioni unicamente tubulari da quelle unicamente glomerulari.

Dal punto di vista clinico Volhard stesso riconosce che non è possibile fare una distinzione netta fra funzione glomerulare e funzione tubulare perchè queste funzioni sono così intricate che non si riesce a dissociarle clinicamente.

Lécorché e Talamon, notando che l'istologia mostra l'analogia delle forme più diverse e l'anatomia patologica la molteplicità degli aspetti macroscopici mentre la clinica mette in evidenza che tutti i sintomi possono osservarsi in tutte le varietà, classificano le nefriti secondo le forme speciali di evoluzione e di durata.

Secondo Oberling l'ipercloruremia fa parte del quadro clinico della nefrite epiteliale, mentre in questa l'iperazotemia sarebbe eccezionale.

Ma sappiamo, al contrario, che il sublimato nell'uomo dà nefrite iperazotemica. Così anche nella nefrite parenchimatosa infettiva, che per Oberling sarebbe la nefrite cloruremica idrossigena, l'ipercloruremia non è costante e quel che predomina è la ritenzione tissulare, che potrebbe essere solo secondaria alla lesione renale.

Mentre Fahr ritiene l'ematuria segno di lesione glomerulare, Oberling la ritiene di origine cellulo-tubulare.

Per queste ragioni Rathery e Froment ritengono che per ora non si possano accettare le classificazioni anatomiche.

Le classificazioni etiologiche non hanno esse pure valore assoluto.

La classificazione fisiopatologica, cioè quella basata sullo stato funzionale dei reni, è più importante. Widal e i suoi allievi distinsero due tipi di nefrite: una cloruremica edematigena e una iperazotemica.

Ma recentemente si è visto che la ritenzione clorurata non è sempre accompagnata da edema e spesso invece si complica con iperazotemia. Inoltre vi sono anche nefriti ipoclorure-miche.

Nelle nefriti inoltre hanno importanza il ricambio dell'acqua, la secrezione dell'ammoniaca, la regolazione dell'equilibrio acidobasico e di questo si deve tener conto nella classificazione delle nefriti.

Per ciò Widal, Lemierre e Vallery-Radot hanno classificato così le nefriti:

1) albuminuria cronica semplice;
2) nefrite ematurica;
3) nefrite con ritenzione clorurata;
4) nefrite con ritenzione azotata;
5) nefrite ipertensiva.

Ma questa classificazione ha il difetto di tener conto per alcuni tipi di un disturbo secretorio, per altri di un sintoma, senza che si veda un nesso fra sintoma e funzione. Inoltre essa non tiene conto della ripercussione che ha l'insufficienza renale dell'organismo. Su queste basi Rathery e Froment proporranno una nuova classificazione delle nefriti.

R. LUSENA.

Contributo allo studio della uretrografia.

(HORTOLOMEI e KATZ-GALATZI. *Journ. d'Urol.*, ottobre 1933).

La uretrografia dev'essere considerata, non come una distrazione scientifica, ma come un mezzo d'indagine, che non solo controlla, precisa e completa i dati degli altri mezzi d'indagine, ma ci dà segni precisi per la diagnosi ed utilissimi per le indicazioni terapeutiche.

Lo studio della uretrografia è diviso dagli AA. in due parti distinte: per l'uretra anteriore, e per l'uretra posteriore.

È importante per lo studio dell'uretrografia l'uso di un mezzo di contrasto, che, oltre a dare ottime immagini, a non lasciare depositi ed essere facilmente miscibile con l'urina, deve non essere tossico, anche se penetra in circolo. Le sostanze oleose possono essere pericolose per la determinazione di embolie grassose mortali. Gli AA. consigliano l'uroselectan in soluzione al 30 %. Per l'uretra anteriore, il mezzo opaco deve essere iniettato attraverso il meato, mentre si eseguisce la radiografia; mentre per l'uretra posteriore la uretrografia dev'essere discendente, cioè la radiografia dev'essere fatta mentre il malato orina il mezzo opaco, previamente introdotto in vescica.

L'immagine dell'uretra appare diversamente a seconda che si usa la via ascendente o quella discendente.

Oggi l'uretrografia dev'essere usata:

1) in tutti i restringimenti uretrali;
2) nelle rotture dell'uretra;
3) nelle fistole uretrali;
4) come mezzo di controllo nelle operazioni sull'uretra;
5) per la diagnosi di corpi estranei;
6) nei diverticoli uretrali;
7) nelle anomalie dell'uretra;
8) nelle malattie degli organi annessi dell'uretra;
9) nei disturbi funzionali della minzione;
10) nell'ipertrofia della prostata e malattie del collo vescicale.

V. LOZZI.

L'urografia endovenosa nella tubercolosi renale.

(M. R. DREYFUS. *Journal d'Urologie*, t. XXXVI, n. 2, agosto 1933).

L'urografia endovenosa è indicata in tutti i casi in cui il cateterismo ureterale è impossibile o perchè esiste una cistite intensa con capacità vescicale ridottissima che impedisce una cistoscopia, o perchè per una qualsiasi ragione non è possibile il cateterismo di uno o anche di ambedue gli ureteri, o perchè si tratta di un bambino oppure perchè il p. si rifiuta a farsi praticare la cistoscopia. In tutti questi casi l'urografia endovenosa ha grande importanza perchè ci permette di individuare in quale rene la tbc. è localizzata.

L'A. ha usato il Ténébryl in sol al 30 % di cui ne inietta circa 50 cc. e con cui ha potuto studiare anche il potere di secrezione renale, studiando l'eliminazione dello iodio che dopo circa 10' è del 5 %, per diminuire a poco a poco, fino a quasi diventare nulla dopo 1 1/2 h. (45 % di iodio sono allora già eliminati). Le migliori radiografie sono quelle prese dopo 10' dall'iniezione.

La tbc. renale disturba molto precocemente il potere di concentrazione del rene e basta una semplice ulcerazione dell'angolo calico-papillare per abbassare, pur essendo sano il resto del parenchima renale, notevolmente la concentrazione ureica del rene ammalato.

Le lesioni tbc. arrecano anche disturbi nell'escrezione producendo alterazioni della contrattilità del bacinetto e dell'uretere per cui si ha ristagno di urina nel bacinetto o per atonia dell'uretere o per sclerosi della parete.

Le alterazioni che si possono osservare con l'urografia endovenosa sono:

1) *Assenza dell'immagine urografica*: ciò si può osservare perchè il rene è affetto da una tbc. generalizzata, o perchè è escluso o perchè è un rene mastice.

2) *Ritardo della secrezione*: dimostra un disturbo profondo del parenchima.

3) *Bacinetto amputato d'un calice*: ciò è dovuto al fatto che la tbc. si localizza per prima all'unione dei calici col parenchima renale e qui sono le ulcerazioni più profonde, i rammollimenti caseosi più estesi, le lesioni obliteranti più frequenti.

4) *Bacinetto sfumato*: il bacinetto e i calici, invece di contorni netti, presentano isolatamente o contemporaneamente un aspetto ovattato, spugnoso, con margini irregolari. Questa immagine deve interpretarsi come data dalla penetrazione del liquido di contrasto in multiple piccole caverne esistenti sulla parete che è trasformata in una superficie tomentosa, anfrattuosa.

5) *Diminuzione unilaterale dell'opacità*: alcune volte i due reni presentano un aspetto identico, regolare. Solo, guardando attentamente, l'opacità del bacinetto corrispondente al rene malato è meno intensa di quella dell'altro lato.

Da quanto sopra l'A. conclude che non esiste alcuna immagine di urografia endovenosa patognomonica per una tbc. renale. Alterazioni simili del bacinetto e dei calici possono trovarsi anche in altre affezioni (pielonefriti, tumori, ecc.). Quindi l'urografia endovenosa, da sola, non basta per porre una diagnosi di tbc. renale, ma solo può precisare la sede della lesione e permettere di porre quindi una diagnosi di localizzazione dopo che l'esame clinico e la presenza del b. di Koch nelle urine hanno fatto intravedere una tbc. renale.

G. GENTILE.

DIVAGAZIONI

La forma corporea di Dante.

F. Frassetto (*Rass. Internaz. di clinica e terapia*, 15 febbr. 1934), in occasione del centenario di Dante, nel 1921, ha avuto occasione di studiare accuratamente lo scheletro del Poeta, di cui dà ora un'ampia descrizione (*Dantis Ossa*, Zanichelli ed., Bologna), accompagnata da 95 illustrazioni.

Lo scheletro è ottimamente conservato, pur mancandone 77 pezzi, oltre a varî denti; manca, fra l'altro, la mandibola. Il cranio è molto grande (1700 cmc., superando di circa 200 cmc. la capacità media del cranio degli europei); ha forma allungata e contorno ovale; va considerato come dolicomorfo e dolicocefalo. Vi prevale la metà destra, il che determina una certa asimmetria, ben visibile anche nella faccia, con notevole deviazione del naso a destra; asimmetriche sono le orbite, per grandezza, posizione e forma, e pure il palato, che è molto piccolo.

In altre parti del corpo, si trovano segni di artrite senile anchilosante in corrispondenza delle vertebre, il che giustifica l'incurvamento della schiena notato dal Boccaccio. Data la presenza della rara anomalia dell'articolazione anomala costo-clavicolare, si deduce che il Poeta doveva avere le spalle cadenti.

Queste caratteristiche dovevano dargli l'aspetto di invecchiato anzi tempo, il vero « annosus », il « senex ». La faccia, come nella iconografia tradizionale, era alquanto allungata, ortognata e proopira; vasta, diritta ed alta la fronte; alte le orbite, aquilino e vigoroso il naso, grandi e sporgenti gli zigomi. Complesso di caratteri scheletrici che si associano generalmente a pelle bruna e capelli neri; per cui egli va ascritto alla stirpe mediterranea; stirpe maravigliosa, di cui fu fra i più gloriosi rappresentanti. Il suo scheletro è improntato a forza e virilità, le quali devono aver trovato, come si esprime il Boccaccio, « amplissimo luogo » anche nell'istinto dell'amore.

Costituzione tipicamente longilinea, caratterizzata dalla prevalenza del sistema della vita di relazione. La minor prevalenza della vita vegetativa è anche dimostrata dalla riduzione dei mascellari; per questo, Dante non deve essere stato un gran mangiatore, ma un temperamento squisitamente cerebrale.

L'A. ha anche raffrontato i dati da lui studiati con i più noti ritratti del Poeta. Perfetta è la corrispondenza con l'affresco giottesco del Palazzo del Bargello a Firenze e con la miniatura del Codice Palatino della Biblioteca Nazionale di Firenze, nonostante i gravi errori e difetti che vi si notano nella testa. In questi ritratti appare, nel profilo, l'uomo energico, di azione, fazioso, violento, appassionato, pronto a reagire ai soprusi ed alle ingiustizie.

Gli altri ritratti esaminati (Vasari, Codice Eugeniano, Codice Riccardiano) mostrano una palese inferiorità rispetto ai due primi.

Fra i moderni, i più gravi difetti si trovano nella maschera del Kirkup e nel busto di Torrigiani; nessuna delle caratteristiche dantesche è stata riscontrata nel bassorilievo che si trova al sepolcro di Dante. Invece, il busto del Vela (Museo di arte moderna a Torino) congiunge ad una elevatissima e nobile espressione spirituale, una notevole corrispondenza al vero.

fil.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Annali della Clinica per le malattie nervose e mentali della R. Università di Palermo. Vol. in-8° di pagg. 1200. Palermo, 1933.

È uscito il quinto volume, 1933, degli « Annali della Clinica per le malattie nervose e mentali della R. Università di Palermo ». Contiene una collezione di 44 lavori originali, fatti nell'Istituto di Clinica per le malattie nervose e mentali di Palermo.

I suddetti lavori sono di variissimo argomento e riguardano il vasto campo della neuro-psichiatria.

Il direttore prof. Colella vi figura con 4 lavori. Uno di essi: « L'influenza dell'alimentazione idrica sull'accrescimento corporeo e sulla genesi del gozzo e delle disfunzioni tiroidee » rappresenta uno studio clinico e biologico fatto sulle acque di Palermo e comprende ricerche eseguite per più anni sugli animali e studi sull'uomo, anche dal punto di vista isto-patologico, su 512 casi di forme tipiche e di forme fruste di gozzo esoftalmico, giungendo alla conclusione che sia il gozzo che l'accrescimento corporeo e le disfunzioni tiroidee sono in diretto rapporto con l'uso di determinate acque (acque gozzigene).

Vi è inoltre il discorso del prof. Colella con cui si aprono gli « Annali » — pronunciato in occasione della recente inaugurazione della nuova Clinica per le malattie nervose di Palermo, da lui fondata —; esso riassume principalmente l'opera scientifica, didattica e sociale svolta dalla Clinica suddetta.

Fa seguito una sintesi dello stesso A. « Sullo stato attuale della Neurologia », della quale disciplina medica vengono illustrati i mirabili progressi, sia nella soluzione dei più importanti problemi di biologia, sia nelle lotte intraprese contro le malattie sociali. L'A. conclude che la scienza deve essere mantenuta aderente alla vita, che la Clinica moderna deve essere insieme medicina individuale e medicina sociale.

Seguono poi altri 40 lavori degli allievi e collaboratori del Maestro.

Una serie di studi verte sulle alterazioni del liquido cefalo-rachidiano e tra questi citiamo per brevità quello di U. De Giacomo « Sulla reazione colloidale del bleu di Berlino ».

Un complesso organico è formato poi dall'insieme degli studi biochimici sul sangue degli epilettici, eseguiti da F. Di Renzo, da P. Cassarà e da altri collaboratori.

Intorno alle sindromi extrapiramidali si raggruppa un insieme di studi tra i quali citiamo quello di De Giacomo e F. Della Monica nel quale vengono indagati « I tempi di reazione psichica nel morbo di Parkinson e nelle sindromi parkinsoniane postencefalitiche »; quello di De Giacomo ed R. Corseri « Su di un particolare disturbo mioclonico consecutivo all'encefalite epidemica »; quello di De Giacomo e F. Gambina su « I sintomi extrapiramidali delle cerebropatie senili », ecc.

Ricerche di ordine generale estese a tutto il campo delle malattie nervose e mentali sono quelle ergoestesiografiche di De Giacomo e Fariello; quelle di De Renzo e Curti « Sulla reattività locale alla iniezione intradermica di tubercolina nelle lesioni varie del sistema nervoso centrale e periferico »; quelle di De Renzo « Sul significato e il valore diagnostico in generale delle reazioni biologiche della sifilide »; quelle di Curti « Sulla diatermia nella cura delle malattie del sistema nervoso », e altre ricerche ancora.

Vanno segnalati inoltre, in riguardo a speciali argomenti, i lavori di Bernocchi « Su la nevrosi traumatica »; di Tripi « Su l'etiopatogenesi della sclerosi a placche » e « Su alcuni casi di sindromi nervose postvacciniche »; di Trizzino « Su un caso di encefalopatia con reperto anatomico di sclerosi pluriglandolare endocrina ed esocrina »; di Caramazza « Su la patogenesi dell'idrocefalo cronico ».

Infine figurano altri argomenti svariati segnatamente di fisiopatologia, anatomia patologica e terapia.

Non è disutile rilevare la importanza di collezioni di lavori di tal genere intese anche alla diffusione del lavoro scientifico dei nostri centri di studio e di ricerca, specialmente all'Estero, dove purtroppo non si tiene tuttora il giusto conto di quanto si viene mettendo in luce attraverso il lavoro delle Cliniche e degli Istituti biologici italiani.

G. RABBONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

G. ANGELICI. *Il latte alimentare*. Vol. in-8°, di pagg. 220. Stab. Tip. Centrale. Roma, 1934. L. 15.

« Il latte alimentare » è libro che vede la luce in questi giorni segnalandosi subito alla generale attenzione sia per l'illuminata competenza dell'autore, sia per l'attualità dell'argomento che viene trattato e che interessa la produzione, la conservazione, il consumo diretto del latte.

Scienza e pratica, armonicamente associate, costituiscono il pregio fondamentale dell'opera. L'analisi e la sintesi con le quali sono lumeggiati tutti i fatti riguardanti l'importante problema del latte alimentare mettono, una volta di più, in chiara evidenza lo spirito indagatore del prof. Angelici ed i pregi della sua dottrina per la quale egli, da premesse d'ordine teorico e scientifico, discende ad appropriate riflessioni e deduzioni di valore essenzialmente pratico.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il lavoro, mentre rivela una severa e rara preparazione nel vasto campo delle scienze biologiche e del meccanismo di funzionamento dei pubblici servizi, rappresenta un vero e proprio studio critico con impronta tutta personale.

Si può anche soggiungere che il sillogismo e la meditazione, così caratteristiche nell'autore, abbiamo impresso l'esposizione di tutta la materia in modo che lo svolgimento è venuto attuandosi attraverso una logica concatenazione di « premesse e conseguenze » tanto che se taluno si limitasse a spigolare qualche brano qua e là senza leggere il lavoro nel suo insieme, rischierebbe di cadere in errore alterando od anche falsando addirittura il pensiero integrale dell'autore.

La forma chiara ed espressiva concorre a rendere piacevole la lettura del libro, che interessa non soltanto medici, veterinari, agrari ma anche i tecnici dediti allo speciale problema nonchè pubbliche amministrazioni, organizzazioni, agricoltori, commercianti, industriali.

Plauso e compiacimento al prof. Angelici per questo segnalato servizio che rende alla battaglia del latte sempre in via di svolgimento e che da questo nuovo lavoro trarrà vivo insegnamento e maggiori impulsi.

LEONARDO GRASSI.

M. STASSEN. *Les maladies professionnelles.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 30.

Dopo avere reso omaggio a Ramazzini, come fondatore della patologia del lavoro, l'A. fa una breve storia delle nozioni sulle malattie professionali nei paesi civilizzati.

Passa quindi a trattare delle malattie professionali da cause endogene ed esogene, precisandone per ciascuna il meccanismo etiopatogenetico e le manifestazioni cliniche.

Analizza infine dal punto di vista medico la legge belga sull'indennizzo dei danni prodotti da tali malattie. DR.

L. SPILLMANN. *L'évolution de la lutte contre la syphilis.* Vol. in-8°, di 292 pag. con fig. fuori testo Masson et C.ie, Paris, 1933. Prezzo 30 fr.

La profilassi contro la sifilide ha subito notevoli modificazioni nel tempo e rimane sempre una questione di grande attualità, tanto più che, dopo la diminuzione di tale malattia verificatasi nel dopo-guerra, si tende ora ad un nuovo aumento. In alcuni luoghi, in nome di una falsa morale, si crede di fare un'opera profilattica con la chiusura dei postriboli, misura che ha il solo effetto di aumentare la prostituzione clandestina, la più pericolosa ed incontrollabile.

L'A., che è il dermosifilografo della Facoltà medica di Nancy, dove dirige il centro regionale antivenereo, si occupa della questione da 25 anni e porta qui i risultati della sua vasta esperienza. La sifilide va considerata per quello che è realmente, una malattia infettiva e come tale va combattuta, ricercando le origini dei singoli casi che capitano all'osservazione. È un'opera di assistenza sociale delicata che risulterà tanto più efficace in quanto che tende a scovare ed a sopprimere i focolai di contagio.

L'A. imposta dapprima il problema dimostrando la necessità di agire e poi, facendo i raffronti con la profilassi dei tempi passati, descrive l'organizzazione ed il funzionamento dei dispensari antisifilitici, quale egli li concepisce e mette in pratica, dimostrandone l'efficacia; in quello che egli dirige, si fanno circa 20.000 consultazioni all'anno.

Importante è anche una sana educazione ed istruzione sessuale, che però deve essere fatta molto presto, poichè risulta dalla triste constatazione fatta dall'A. che l'età in cui le ragazze si danno alla prostituzione è sui 13-14 anni. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 23 febbraio 1934-XII.

Presidente: Prof. L. ZOJA.

La cura dell'accesso di tachicardia parossistica.

Dott. CORNELIO PAPP. — L'O. espone i metodi finora in uso per troncare gli accessi di tachicardia parossistica. Egli riferisce sui risultati ottenuti coll'iniezione endomuscolare di 1/2 mgr. di ouabaïna Arnaud, medicamento che, contrariamente alle altre sostanze usate, non dà disturbi generali e con cui è riuscito a fermare gli attacchi (alcuni duravano da 6 giorni) in tutti gli 8 casi in cui esso fu sperimentato.

Discussione: DE FRANCESCO, PAPP.

Le modalità di diffusione del rosso Congo nel sangue circolante in alcune malattie infettive.

G. PELLEGRINI. — L'O. ha studiato le modalità di diffusione delle sostanze coloranti iniettate in circolo in casi di tifo addominale ed ha potuto osservare spiccate oscillazioni nella diffusione del colore stesso riportabili a condizioni di asinergia circolatoria esistenti nell'organismo malato.

Discussione: SCOTTI DOUGLAS, PELLEGRINI.

Le condizioni funzionali del sistema cardiocircolatorio nel tifo.

G. PELLEGRINI. — Vengono studiate le condizioni di funzionalità cardiocircolatoria nel tifo addominale. Le varie alterazioni osservate rendono comprensibili le alterazioni osservate nella diffusione delle sostanze coloranti iniettate in circolo. (V. comunicaz. precedente).

Il prof. DE LIETO VOLLARO espone i risultati della sua esperienza sulle *operazioni di cataratta nei diabetici.* *Il Segretario*: R. SCOTTI DOUGLAS.

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 23 marzo 1934.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Prof. BUFALINI. — *Tumore lipomatoso del mesentere e lipomatoso del tenue.*

Di una influenza di applicazioni farmaco-dinamiche nasali sull'occhio.

Prof. BRONZINI e prof. MORELLI. — Gli OO. dimostrano con l'osservazione di un caso come alcuni alcaloidi comunque introdotti nell'organismo (via nasale, ipodermica e congiuntivale) possono influire sull'accomodazione in lontananza ed insistono nel far rilevare che, almeno nel loro caso, la funzione della mucosa nasale era quella di una semplice via di introduzione dei farmaci.

Manifestazioni cutanee e mucose poco comuni della sifilide terziaria.

ACHILLE GRASSI. — L'O. riferisce sopra 20 casi di sifilodermi tardivi osservati in questi ultimi cinque anni nella Clinica Dermosifilopatica di Pisa, cinque dei quali sono interessanti per l'aspetto e decorso delle manifestazioni luetiche, poco comuni e di non facile diagnosi, mentre gli altri quindici riescono istruttivi poichè dettero luogo ad errori diagnostici che talora portarono ad indirizzi terapeutici chirurgici e fisioterapici. In nove di questi ultimi casi si trattava di sifilodermi delle gambe, quasi tutti scambiati per ulceri varicose, ed a questo proposito l'oratore, dopo averne discussa la diagnosi differenziale, rileva come sia spesso difficile, e talora impossibile, differenziare le due affezioni con la sola indagine clinica, e come sia indicato di ricercare la sifilide, specialmente a mezzo della sierodiagnosi; in tutti i casi di ulceri della gamba.

Un caso di Leishmaniosi viscerale in adulto con complicanze polmonari e renali.

Dott. F. BENZA. — Riferisce un caso proveniente dalla Costa Francese del Mediterraneo in cui una nefrite emorragica ha permesso la cura antimoniale avendo anzi miglioramento delle condizioni renali. Nonostante la localizzazione polmonare il malato va migliorando.

Prof. C. CASSANO. — *La ghiandola linfatica nel reumatismo articolare acuto.*

Sopra un voluminoso fibro-sarcoma del mesenterio.

F. NIOSI. — L'O. dopo di aver ricordato un caso di fibroma del mesenterio (già pubblicato in *Archivio It. di Chirurgia*, 1921, vol. III) da lui operato d'urgenza in occlusione e guarito (asportazione del tumore con resezione di 75 cm. di intestino tenue), comunica un caso di voluminoso fibro-sarcoma del mesenterio (Kg. 4 1/2) estirpato a una donna di 51 anni. Al 12° giorno fistola ureterale destra e in seguito pielonefrite destra. Dopo 2 mesi dall'operazione nefrectomia destra. Guarigione. Dopo un anno recidiva del tumore. Seguono considerazioni sulla diagnosi e terapia dei tumori solidi del mesenterio.

Il Segretario.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta ordinaria del 3 febbraio 1934-XII.

Sulla natura e genesi della lesione renale nella proteinuria di Bence-Jones.

L. D'ANTONA. — L'O., dopo aver ricordato la varia interpretazione della natura e della genesi della lesione renale che di solito si accompagna alla proteinuria di B.-J., illustra il reperto istologico del rene ed alcuni dati clinici in un caso di sua osservazione. Dimostra che nè clinicamente nè istologicamente i dati rilevati parlano a favore della natura nefrosica della lesione, mentre chiari sono i segni che ne dimostrano la genesi idronefrotica.

Alla progressiva atrofia e scomparsa dell'elemento parenchimale si accompagna una attiva proliferazione connettivale, per cui il quadro terminale della lesione renale nella proteinuria di B.-J. può definirsi come quello di un rene grinzo idronefrotico.

Ricerche sistematiche su 16 ceppi di vaccini anticarbonchiosi di diversa provenienza.

R. RICCI e B. CAMPIONI. — Gli OO., con ricerche portate su 16 ceppi di vaccini anticarbonchiosi di diversa provenienza, hanno potuto mettere in evidenza, contro l'ipotesi avanzata da più parti, la proprietà di tutti essi a formare la spora, condizione indispensabile per la stabilità del grado di attenuazione. In alcuni vaccini (nei 4 II Vacc. Siena) la formazione della spora è avvenuta dopo molti giorni (circa 40) di invecchiamento delle agar-culture a t. a. e a ciò ha corrisposto anche un maggior grado di attenuazione di tali vaccini rispetto ad altri II vacc. Inoltre gli OO. hanno studiato le modificazioni morfologiche e culturali dei vaccini in questione, dimostrando che, mentre in alcuni si ha una variazione o una dissociazione del tipo delle colonie, altri conservano le caratteristiche della colonia normale del bac. del carbonchio. Gli AA. credono ciò essere in relazione con i diversi mezzi usati per l'allestimento del vaccino ed anche con una sensibilità specifica di ceppo. Riguardo al grado di virulenza essi hanno potuto dimostrare un diverso grado di attenuazione da vaccino a vaccino e anche fra ceppi dissociati di uno stesso vaccino.

Dott. A. NERI. — *Intorno alla reazione del triptofano con la paradimetilaminobenzaldeide.*

RENZO BENIGNI. — *L'azione autonoma del calcio jone studiata sull'intestino isolato di mammifero.*

Ulteriori ricerche intorno alla reazione del triptofano con la paradimetilaminobenzaldeide.

NERI ANTONINO. — L'O. ha perfezionato la sensibilità della reazione del triptofano con la paradimetilaminobenzaldeide cimentando questa con molti degli aminoacidi ed altri componenti che si trovano nel sangue ed arrivando alla conclusione che tale reazione può praticamente ritenersi come specifica perchè la presenza degli altri aminoacidi si ha in misura tale da non disturbare in modo apprezzabile la reazione stessa che resta così molto preziosa per le ricerche cliniche.

Dott. P. BARICCI. — *Su di un caso di rottura spontanea dell'aorta.*

Sulla topografia degli ureteri.

FAUSTO SESTINI. — In relazione a lavori recenti, l'O. riferisce su quanto ha osservato nei riguardi della topografia dell'uretere nell'uomo. Ritiene che si possano prendere come punti di riferimento le apofisi trasverse delle vertebre lombari, perchè la porzione lombare dell'uretere si proietta poco al di dentro dei loro apici, chè anzi iniziatisi gli ureteri col colletto della pelvi, il d. si proietta a livello dell'apice della II lombare, il sinistro, sulla stessa verticale alla altezza del margine superiore della II vert. lombare. A livello della V vert. si ha un altro punto fisso dell'uretere, che poi passa sull'articolazione sacro-iliaca nella pelvi. La porzione pelvica merita un più accurato studio. I metodi di ricerca nel vivo sono dati dalla pielografia discendente e da quella ascendente. Solo la prima dà risultati corrispondenti a quelli delle ricerche anatomiche.

Dott. A. NUGEL. — *Esperienze di piretoterapia vaccinica nelle malattie mentali.*

Il Segretario: G. MAZZETTI.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 2 marzo 1934-XII.

Presidente: Prof. PIETRO SISTO.

Intorno alla sacralizzazione del coccige umano.

Prof. G. FAVARO. — Ha studiato nei sacri e nei coccigi della collezione osteologica « G. Sperino » del Museo Anatomico di Modena, le graduali forme di passaggio fra il coccige unito al sacro per sinfisi e la sua completa assimilazione a questo, con le relative frequenze; forme rappresentate, a partire da: 1) sinfisi (52,08 %) dalla fusione; 2) dei soli corpi vertebrali (10,12 %); 3) di questi e dei corni coccigeo e sacrale destri (0,89 %); 4) id., sinistri (3,27 %); 5) id., bilateralmente (8,33 %); 6) id. e in più del processo trasverso destro (0,89 %); 7) id. sinistro (3,27 %); 8) id., bilateralmente, cioè completa sacralizzazione del coccige (21,13 %). Notevole specialmente, nelle fusioni asimmetriche, la prevalenza dell'antimero sinistro sul destro.

Sulla comunicazione prende la parola il prof. BALLI richiamando il contributo dei radiologi sopratutto allo studio della sacralizzazione della 5ª lombare e sull'importanza di eventuale artrite fra apofisi trasversa della quinta lombare e osso iliaco per la patogenesi della sciatica. Ricorda anche come certe anomalie della colonna vertebrale (faccette articolari anomale, coste soprannumerarie ecc.), possano trovarsi frequentemente nella calcolosi renale.

BOLAFFIO rileva che quantunque la sacralizzazione del coccige umano sia frequente, nondimeno la distocia di egresso è molto rara; dal che si dovrebbe dedurre della poca importanza del fenomeno osseo.

Dott. G. PANCRAZI. — *La vena « intercostalis suprema ».*

Dott. G. PANCRAZI. — *Il « foramen rotundum » dello sfenoide ed il suo contenuto.*

Sindrome chiasmatica da tumore ipofisario guarito dopo Röntgenterapia.

Dott. A. FERRARI. — Per l'O. riferisce il collega ROSSI, su di un caso di Emianopsia bitemporale con notevole riduzione di visus in 0.0 (1/10) per lesione ipofisaria da probabile tumore, senza sindrome acromegalica, trattato e guarito mediante Roentgenterapia. Dopo trattamento: il V. in O.D. = 10/10 e O.S. = 8/10, e con ritorno del C. V. alla norma. L'O. ha seguito il p. per 4 anni.

BOLAFFIO riferisce sulla sua esperienza personale sulla Röntgenterapia dei tumori cerebrali, con vantaggi notevoli, talora sorprendenti, riguardo al V. e alle lesioni delle parti molli (lingua, naso) in due casi di acromegalia per adenoma del lobo posteriore dell'ipofisi, riconoscendo però le facili recidive, talora a distanza di anni, che regrediscono con nuove irradiazioni.

BALLI insiste sull'opportunità di bene interpretare le lesioni della sella turcica; un suo allargamento ha valore soltanto se controllato con successivi radiogrammi. Importanza ha invece l'alterazione morfologica della sella, l'eventuale irregolarità dei contorni, anche per il tipo della lesione: se adenoma (tumore benigno), si ha allargamento della sella, ma pochissime alterazioni morfologiche. Le alterazioni delle apofisi clinoidee hanno poco valore; perchè specialmente le posteriori mancano talora anche fisiologicamente.

Sugli esiti brillanti della Röntgenterapia nell'adenoma dell'ipofisi gli AA. sono concordi; e questo perchè, d'accordo col Relatore, il N. ottico il più delle volte non è degenerato, ma semplicemente disfunzionante o per edema o altro.

Sulla tecnica delle irradiazioni poco c'è da obiettare; tutte le tecniche vanno bene.

Riguardo alla cura, insiste sull'opportunità della Röntgenterapia almeno in un primo tempo. L'atto operatorio potrà essere riservato a un periodo ulteriore quando i raggi non avessero potuto portare ad un rapido e sensibile miglioramento; tanto più che non è il caso di pensare a perdita di tempo prezioso data la natura benigna della lesione; mentre che le irradiazioni non possono che aver giovato al p. riducendo la massa tumorale e abolendo, il più delle volte, i dolori.

FEDELI si associa completamente.

Contributo alla lotta contro la tubercolosi in Modena.

Dott. A. CAVAZZUTI. — L'O., durante il periodo 1928-1933 ha curati 818 ammalati di tubercolosi polmonare eseguendo 14.646 iniezioni endovenose di soluzione di cloruro di calcio al 5-10 %; 106 pneumotoraci terapeutici, e 66 frenicoexeresi.

Di questi 818 ammalati ne sono deceduti 215, con una mortalità assoluta del 26 % e media annua del 21,1 %; e sono usciti 547, con una degenza media di mesi quattro e mezzo per ciascuno, restandone in cura 48 il 1° gennaio 1934.

Dati statistici sulla sieroterapia antidifterica.

Dott. A. CAVAZZUTI. — L'O. afferma l'efficacia della sieroterapia antidifterica nella cura delle varie manifestazioni della difterite anche grave, avendo curato dal gennaio 1928 al dicembre 1933 n. 338 difterici gravi ricoverati nella sezione Contagiosi della R. Clinica Medica di Modena, con una media di 44.000 U. I. per singolo caso, ottenendo la guarigione di 312. Ha dovuto intervenire in 102 casi eseguendo 64 tracheotomie e 38 intubazioni. I decessi sono stati 26 riducendosi la mortalità al 7,6 %.

Il Segretario: NANNINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Alcune osservazioni sull'acloridria e sull'anemia.

S. J. Hartfall (*Brit. Med. Journ.*, 27 genn. 1934) ricorda anzitutto che la ricerca e il dosaggio dell'acido cloridrico del succo gastrico sono stati oggi facilitati dall'uso dell'istamina che — semplicemente e senza dare i disturbi del pasto di prova — permette di ottenere una considerevole quantità di secreto: solo quando l'iniezione di istamina non è seguìta da secrezione di acido cloridrico, si può parlare di acloridria.

Dalle statistiche di varî AA. inglesi risulta che il 14 % della popolazione, di tutte le età, presenta acloridria; in linea generale le donne sono più colpite degli uomini; e l'acloridria cresce con l'avanzare dell'età.

L'associazione dell'acloridria con tutta una serie di stati morbosi ci induce a riconoscerle un significato patologico; d'altra parte è noto che essa può coincidere con una salute, almeno apparentemente completa, cosicchè — secondo qualche A. — essa avrebbe una importanza, non per il presente, ma per il futuro.

L'importanza dell'elemento nervoso psichico non può essere trascurata ed infine è probabile che intervenga anche un fattore costituzionale, che spiegherebbe la coincidenza dell'acloridria in molti membri di una stessa famiglia, e la presenza nella stessa famiglia delle varie forme cliniche di anemia.

Sebbene manchi ancora un accurato e sistematico lavoro di confronto tra capacità di secrezione della mucosa ed aspetto istologico delle sue cellule, è pure già noto che la gastrite cronica — con assottigliamento fino ad atrofia della mucosa — accompagna di solito gli stati di acloridria; e non si può escludere che, con l'avanzare dell'età, la mucosa gastrica non presenti un processo di progressiva involuzione fisiologica: l'A., personalmente ritiene che nei soggetti con acloridria la mucosa gastrica debba essere costituzionalmente ipofunzionante e minusvalente.

Il significato patologico dell'acloridria è confermato dalla sua comparsa nell'anemia perniciosa vera, nell'anemia ipocromica primaria, nei tumori e nelle varie operazioni sullo stomaco, e in alcuni quadri clinici a limiti più vaghi, come le diatesi nevrotiche asteniche, certe condizioni di minusvalenza gastrointestinali.

Confrontando tra loro i due primi quadri morbosi, le due grandi sindromi anemiche, bisogna ricordare che nel 100 % dei casi di anemia perniciosa esisteva un'acloridria vera, mentre in un'alta percentuale di anemia ipocronica, l'istamina permetteva di raccogliere una piccola quantità di succo acido, cosicchè in realtà doveva piuttosto parlarsi di ipocloridria.

Le alterazioni del succo gastrico dell'anemia ipocromica si distinguono da quelle della perniciosa perchè la mancanza del principio attivo-antianemico di Castle non vi è completa, il che permette al midollo osseo di conservare la sua funzione normoblastica, senza sboccare in quella megaloblastica.

La maggior frequenza dell'acloridria nel seno femminile si può spiegare ammettendo che le perdite di sangue dovute alle mestruazioni e alle gravidanze, e lo sfogo dell'allattamento, costituiscono altrettanti stimoli dannosi per il midollo osseo.

La cura acquista un particolare significato se si ammette che la persistenza di uno stato di acloridria possa costituire un terreno favorevole all'impianto futuro di sindromi ematologiche gravi, o di tumori maligni dello stomaco. Essa si basa sui seguenti capisaldi:

1) Prevenzione delle gastriti, con l'evacuazione totale di focolai settici, specie nel cavo orale, nella faringe e nei seni.

2) Somministrazione di acido cloridrico.

3) Cura epatica, nei casi gravissimi, per via endovenosa; in quelli meno urgenti per via endomuscolare o per bocca: la cura deve essere protratta a lungo, almeno sino ai quattro milioni di globuli.

4) Cura con preparati di stomaco, come complemento o aggiunta a quella del fegato.

5) Cura del fegato, a larghe dosi e per molto tempo (nelle anemie ipocromiche microcitiche).

6) Somministrazione di vitamine.

V. SERRA.

Su alcuni nuovi sintomi dell'anemia semplice acloridrica.

Vaisey (*Brit. Med. Journ.*, 27 genn. 1934) riferisce su due sintomi che, secondo la sua esperienza, possono accompagnare l'anemia acloridrica semplice.

Il primo è rappresentato dall'acne rosacea, la cui comparsa è già da tempo messa in rapporto con una deficienza di secrezione cloridrica, e che viene curata da molti dermatologici appunto colla somministrazione di acido cloridrico.

Nel caso dell'A., l'acne rosacea e lo stato di anemia andarono migliorando di pari passo.

Il secondo sintoma è quello dell'alopecia, che probabilmente va interpretato allo stesso modo dell'assottigliamento delle unghie così frequente a trovarsi nel caso delle anemie.

V. SERRA.

Il trattamento dell'anemia ipocromica con i sali ferrosi solubili.

Dai lavori di Starkenstein e Weden sembra risultare che l'efficacia terapeutica dei preparati di ferro nelle anemie, sia da riferire alla quantità di ione ferroso liberato dal sale per azione delle secrezioni digestive.

Dovrebbero quindi essere i migliori preparati quelli a base di sali ferrosi (solfato, cloruro e carbonato). Tuttavia questi sali solubili hanno lo svantaggio, in soluzione acquosa, di ossidarsi rapidamente a sali ferrici, molto meno attivi. Sembrano quindi da preferirsi le preparazioni solide (pillole e compresse) di questi sali.

H. W. Fullerton (*Edinb. Med. Journ.*, febbraio 1934) ha studiato in 21 casi di anemia ipocromica l'azione terapeutica di piccole dosi di solfato ferroso preparato in compresse. Sulla base della propria casistica e confrontandola con i risultati di altri lavori clinici sull'azione terapeutica delle pillole di Blaud, del cloruro ferroso e del citrato di ferro ammoniacale, l'A. conclude che il solfato ferroso si mostra dello stesso valore terapeutico degli altri preparati; la sua alta percentuale di utilizzazione permette inoltre una comoda somministrazione — al contrario di quanto accade invece, ad esempio, per le pillole di Blaud. Tali requisiti, insieme con la sua assenza di azioni secondarie moleste, lo pongono in primo piano fra le varie preparazioni farmaceutiche a base di sali di ferro.

La dose usata dal Fullerton fu di 45 ctg. di solfato ferroso al giorno, ripartiti in compresse da 15 ctg.

L'A. aggiunge che è stato recentemente posto in commercio un preparato composto di solfato ferroso, solfato di rame e solfato di manganese, che sarebbe particolarmente adatto — anche in base ai risultati delle sue ricerche — per il trattamento delle anemie ipocromiche. PUDDU.

Sulla risposta ematopoietica alla iniezione intramuscolare di succo gastrico umano.

Fouts, Helmer e Zufas (*Brit. Med. Journ.*, 27 genn. 1934) riferiscono sui risultati da loro ottenuti iniettando per via endomuscolare in soggetti con anemia perniciosa il succo gastrico estratto da giovani adulti normali e sottoposti a varie tecniche di distillazione e di ultrafiltrazione.

Queste ricerche, destinate a isolare, se possibile, il principio attivo «emopoietico» del succo gastrico dagli altri già noti (pepsina, ecc.), hanno dimostrato che, durante il periodo di distillazione a vuoto si determina nel succo un qualche cambiamento che lo rende ematopoieticamente attivo e, come qualche caso dimostra, persino irritante del midollo osseo; in quanto agli ultrafiltri, essi avrebbero la capacità di impedire il passaggio del principio attivo così liberato, tanto che la iniezione di succo gastrico ultrafiltrato non dà alcuna risposta reticolocitaria.

Queste ricerche si ricollegano a quelle già numerose di altri AA. (Morris, Conner) e tendono a precisare il meccanismo d'azione del succo gastrico sulla ematopoiesi: disgraziatamente l'interpretazione del loro significato non è ancora del tutto certa. V. SERRA.

Azione opoterapica del sangue trasfuso.

Biancalana (*La Riforma Medica*, n. 44, 4 novembre 1933) ricorda come la trasfusione di sangue possa essere utilizzata anche a scopo opoterapico mercè gli ormoni che vengono continuamente versati nel sangue dalle ghiandole endocrine e da tutte le parti dell'organismo:

a) *ormone glicoregolatore*: mediante trasfusioni di 200 cc. di sangue intiero l'A. ha osservato nei diabetici un forte effetto ipoglicemizzante. La trasfusione è stata quindi usata per la preparazione dei diabetici agli interventi chirurgici;

b) *ormone sessuale*: in 3 pazienti ipomenorroiche, resistenti ai comuni trattamenti opoterapici, la trasfusione di 100-200 cc. di sangue di donne gravide nei primi tre mesi ha determinato la ricomparsa delle mestruazioni in una dopo 5 giorni, nella seconda dopo 10 e nella terza dopo 16 giorni;

c) *ormoni tiroidei*: la trasfusione di 200 cc. di sangue normale determina un miglioramento dei fenomeni di ipertiroidismo per un periodo di circa 10 giorni. Nei basedowiani, sopratutto come trattamento preoperatorio si osserva un notevole abbassamento del metabolismo basale (30-40 %) ed una diminuzione della frequenza del polso;

d) *ormoni paratiroidei*: nelle forme di arterite che decorrono con ipercalcemia ha osservato dopo la trasfusione un miglioramento per un periodo di circa 10 giorni. La calcemia che era di milligr. 15,2 %, è discesa, dopo 24 ore, a milligr. 9,6 % e si è mantenuta a milligrammi 11 % circa, sino all'8° giorno. Contemporaneamente si è avuta la scomparsa dei dolori e la riepitelizzazione di un'ulcera trofica del piede. VITALE.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

L'auto-uro-terapia.

R. Jausion, R. Giard e G. Martinaud (*Presse médicale*, 23 sett. 1933) riferiscono i buoni risultati ottenuti con l'iniezione al malato della sua propria urina. Questa sarebbe atta a mitridatizzare contro tutte le sostanze antigene eliminate dal rene; capace di realizzare, mediante una manovra del tutto empirica, la regolarizzazione ormonale di un organismo (l'urina è oltre che un cimitero di molecole un cimitero di ormoni; lo dimostrano del resto anche le ricerche di Aschheim e Zondek); suscet-

tibile infine di vaccinare contro i germi urinari.

L'auto-uro-terapia è consigliata, ed è stata sperimentata dagli AA.: 1) nelle malattie da sensibilizzazione: emicrania, asma da fieno, urticaria, prurigo, disidrosi, eczemi acuti e cronici di varia origine, paracheratosi psoriasiforme e simili.

2) Nei disturbi endocrino-vegetativi: stati ansiosi, insonnia. Tale cura determinerebbe una scarica vagale, liberatrice nell'ipervagotonia dovuta agli antigeni e correttrice delle distonie neuro-vegetative, in cui si afferma il tono esagerato dell'ortosimpatico. In 3 individui sessagenari avrebbe ottenuto un benessere che essi interpretavano come un vero ringiovanimento.

3) Nella pielo-nefrite colibacillare discendente, in cui ha ottenuto addirittura la sterilità delle urine.

Tecnica. Urina appena raccolta a cui si aggiunge una goccia di fenolsalil per ogni cmc. (o di alcool jodato). La durata di contatto con l'antisettico è di 5 a 30 minuti (la durata maggiore nelle donne poco pulite e nei coli-bacillari).

Iniezioni endomuscolari od ipodermiche a dosi progressive di ½; 1; 1 e ½; 2; 3; 4; 5 cmc. da farsi ogni 2-4 giorni. Il successo della cura si delinea verso la sesta iniezione; in genere per la cura bastano 10 iniezioni. Il trattamento può essere ripreso, specialmente nelle malattie che recidivano (eczemi).

Il metodo è controindicato nelle suppurazioni croniche, specialmente nelle piococcie cutanee: antrace, foruncolosi, ectima. È sconsigliabile negli eczemi secchi, nelle paracheratosi psoriasiformi e pitiriasiformi.

Su 456 malati trattati, non si ebbero che 5 ascessi, piccoli e guariti facilmente. Si ottennero 342 guarigioni e 75 miglioramenti; in 39, nessun effetto. *fil.*

NOTE DI TECNICA.

La colorazione del bacillo difterico.

O. Mayer (*Medizin. Welt*, 24 febbraio 1934) consiglia un perfezionamento del metodo di Neisser per la doppia colorazione.

Soluzione A:

Blu di metilene polv.	g.	1
Alcool	»	20
Acqua distillata	»	100
Acido acetico glac.	»	50

Soluzione B:

Kristallvioletto (Höchst)	g.	1
Alcool	»	10
Acqua distillata	»	300

Mescolare 2 parti di A, con 1 di B.

1) Colorare, non già per 2-30 secondi, ma per 2 minuti primi.

2) Lasciare sgocciolare e ricolorare con la crisoidina (g. 2 in 300 di acqua distillata calda; filtrare!).

3) Senza lavare, mettervi il mordente:

Fenol	g.	1
Tannino	»	5
Acqua distillata	»	100

Si lascia agire (secondo lo spessore del preparato) per 2-7 secondi (i preparati da cultura per 2, gli strisci diretti per 3-7).

4) Senza lavare, ricolorare con crisoidina per 2 minuti.

Con tale procedimento, i bacilli difterici ed i granuli di Babes sono più facilmente riconoscibili.

Per ottenere buoni risultati, è necessario avere abbondante materiale, ciò che si ottiene prendendo col tampone anche le parti inferiori dello strato necrotico.

L'A. consiglia anche di tenere, a scopo profilattico, durante la presa del materiale, davanti al viso un vetro da finestra, in modo da impedire che gli eventuali spruzzi vengano a colpire il viso del medico durante la presa del tampone. *fil.*

IGIENE.

Oscillazioni e gravità della sifilide in Italia.

Secondo i calcoli di G. Mariani (*Il Dermosifilografo*, febbr. 1934) vi sono in Italia dai 25 ai 30 mila contagi nuovi per anno; ammettendo il ciclo della sifilide contagiosa di circa 10 anni, si deve ritenere che vi siano in Italia 450-500.000 sifilitici.

La sifilide ha diffusione maggiore nelle città, specialmente grandi, come Milano, Roma, Torino, che nelle campagne; si va da cifre di nuovi contagi del 0,25/1000 (Sardegna) fino al 50/1000 (Milano, Torino).

Estendendo questi calcoli a tutta Europa, si arriva a 3 milioni e mezzo di sifilitici, con 150,000 contagi nuovi. In Russia, la sifilide ha una diffusione enorme specialmente nelle regioni dei Baical e del Caucaso, dove si arriva fino al 15-20 *per cento* della popolazione affetta da sifilide. Per altri continenti, il numero oscilla di molto. Le ultime statistiche per l'America arrivano a 5 milioni di sifilitici con 400.000 nuovi contagi all'anno.

Per quanto riguarda le oscillazioni recenti, è noto il grandissimo aumento avuto verso il 1918, col massimo nel 1920. Si sono avute cifre addirittura iperboliche. Nell'esercito italiano, che prima della guerra aveva una cifra di 2-5/1000 di nuovi contagi, è arrivato (nel '20-'21) al 25; cifre analoghe si sono avute negli altri eserciti. Si iniziò poi una notevole diminuzione, arrivandosi, nel 1927, al 2/1000 nell'esercito e 1-2/1000 nella marina.

In seguito, da quanto risulta da un'inchiesta fatta dall'A., si è avuto, specialmente a Milano, Torino, Roma, Napoli, un aumento delle nuove infezioni, fino al triplo del precedente.

È concorde il giudizio dei sifilografi di vec-

chia esperienza che la maggior parte dei contagi avviene attraverso la prostituzione clandestina, mentre le donne che sono sorvegliate e controllate metodicamente nelle case di tolleranza sono difficilmente causa di contagi. (L'aumento della prostituzione clandestina è una conseguenza diretta della chiusura di molte case di meretricio che, forse in nome di una falsa morale, si va ora facendo; ne deriva inoltre un maggior affollamento di quelle esistenti e, quindi, maggiori probabilità di contagi e minor tempo per le donne da dedicare all'igiene sessuale. - *N. del Red.*).

Un fatto degno di grande attenzione è quello che è stato qualche volta osservato: che l'individuo contagiante non presentava all'esame più accurato nessuna lesione clinica. Avviene, in questi casi, il passaggio dell'infezione anche con lesioni minime, con virus che passa all'esterno, senza determinare nessuna lesione. Si tratta di latenza che, nell'organismo, può non dar luogo a nessuna manifestazione clinica od istologica, ma è pronta sempre a passare dall'organismo in cui era innestata in un altro e determinare, in un terreno nuovo, le manifestazioni tipiche della sifilide; altre volte si tratta di portatori sani.

Dal punto di vista della prevenzione, l'A. insiste sulla necessità di intervenire sempre con le cure più energiche. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

La metallo-prevenzione della sifilide con preparati d'oro.

Levaditi e collaboratori designano col nome di metallo-prevenzione della sifilide lo stato refrattario che si può conferire all'organismo mediante la somministrazione di metalli (bismuto, tellurio, oro). Tale prevenzione è stata praticamente applicata anche nelle prostitute da Sonnenberg (*Dermatologische Wochens.*, 1927). Risulta dalle ricerche sperimentali fatte finora che, a condizione di sottomettere l'animale (di qualsiasi specie), ad un'impregnazione bismutica sufficiente, lo stato refrattario acquisito è profondo e durevole. La sua efficacia si manifesta con la scomparsa dell'incidente primitivo, che accompagna la sterilità del sistema linfatico periferico; la sua durata è in funzione della quantità di metallo iniettata e della costituzione chimica del derivato bismutico utilizzato. Tale durata può, in ottime condizioni, prolungarsi per settimane e mesi, malgrado l'unica dose di bismuto somministrata. Man mano che il metallo si elimina, si ritorna alla recettività normale. Lo stato di impregnazione bismutica e, quindi, il grado di resistenza si desume dal così detto « potenziale metallico renale », che è dato dalla quantità di metallo rivelabile in un grammo di rene allo stato secco.

C. Levaditi, A. Vaisma, D. Krassnoff e R. Schön (*Académie de méd.*, 15 febbraio 1934), hanno ora fatto una serie di esperienze con preparati d'oro, idro- e lipo-solubili, iniettandoli a dosi terapeutiche in conigli ai quali inoculavano poi per via sottoscrotale dei frammenti di ulcera sifilitica, osservando il risultato locale dell'inoculazione ed esaminando la virulenza dei gangli linfatici periferici (prova della sterilizzazione profonda). Lo studio è completato dalla determinazione del potenziale metallico renale e dall'esame istologico locale e renale.

La metallo-prevenzione si è ottenuta anche con questi preparati; nei casi positivi, si sono veduti localmente persistere i treponemi, assai rari, fino al 19° giorno, senza invasione dei tessuti reazionali; in seguito, scomparsa totale dell'innesto. Con certi composti, quando il potenziale aurico raggiunge la cifra di μ grammi 854 per grammo di rene secco, si ha la prevenzione nel 100 % dei casi.

La costituzione chimica del derivato aurico influisce sul processo di assorbimento locale e sul risentimento renale. Con i composti idrosolubili, la reazione polinucleare è poco marcata, la dissociazione endocellulare dell'oro-elemento è più precoce e le alterazioni renali sono più intense. La nefrite crisoterapica è esclusivamente epiteliale e si accompagna ad un accumulo del metallo *in situ*, la calcificazione del rene è eccezionale. Invece, con i composti lipo-solubili, la polinucleosi locale è molto più marcata, il risentimento renale insignificante, la calcificazione più accentuata.

L'efficacia e la durata dell'immunità medicamentosa così acquisita sono in funzione del tasso d'impregnazione dell'organismo da parte dell'elemento usato. Il potenziale metallico renale costituisce un indice fedele, se non assoluto, dell'intensità di tale impregnazione e permette di valutare approssimativamente il grado di protezione ottenuto.

Oltre alla portata pratica, che potranno forse avere tali studi, è da rilevarsi che lo stesso principio si trova alla base della metallo-prevenzione col bismuto, con il tellurio e con l'oro, il che sembra indicare che si tratta di una legge di portata generale. *fil.*

VARIA

L'ormone disintossicante del fegato.

A. Sato e vari suoi collaboratori (*J. exper. Med.*, 30 nov. 1933), continuando una lunga serie d'importanti ricerche (si è alla 48ª memoria), condotte all'Università Imperiale Tohoku a Sendai (Giappone), sono giunti alla conclusione principale che l'ormone disintossicante del fegato, o yatrikon, consente di prevenire l'intossicazione da cloroformio e di curarla e che altrettanto fa per l'ittero da toluendiamina.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Modificazioni alla legge sull'esercizio delle farmacie.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il R. Decreto Legge 15 marzo 1934 n. 463 recante numerose nuove modificazioni alla legge sull'esercizio delle farmacie. Fra l'altro si dispone che l'autorizzazione ad aprire ed esercitare una farmacia sia data con decreto del Prefetto sentito il Consiglio provinciale di sanità.

Viene stabilito che non vi sia più di una farmacia per ogni cinquemila abitanti; in ogni caso che ogni nuova farmacia sia lontana da quella esistente almeno 500 metri. L'autorizzazione ad aprire ed esercitare una farmacia non può essere concessa che al vincitore di pubblico concorso per titoli bandito dal Prefetto e giudicato da apposita Commissione. Nella graduatoria hanno titolo di preferenza assoluta il figlio o in difetto il coniuge del farmacista la cui farmacia sia stata messa a concorso, purchè abbiano conseguito la prescritta idoneità. L'autorizzazione all'esercizio di una farmacia che non sia di nuova istituzione importa l'obbligo nel concessionario di rilevare la provvista, le dotazioni e l'arredo della farmacia e dei locali annessi, nonchè di corrispondere al titolare o ai suoi eredi un'indennità di avviamento in misura corrispondente a tre annate del reddito medio imponibile della farmacia accertato agli effetti dell'applicazione della R. M. nell'ultimo quinquennio. È vietato il cumulo di due o più autorizzazioni in una sola persona. È stabilita una speciale indennità in favore del farmacista nominato in seguito a concorso in comune o centro abitato con popolazione inferiore a 5 mila abitanti nei quali non esista farmacia e sia andato deserto il concorso per aprirla. Le farmacie per le quali non è riconosciuto il diritto alla continuazione del relativo esercizio possono essere vendute a condizione: *a*) che la vendita abbia luogo non oltre il 31 dicembre 1936; *b*) che la vendita sia fatta a farmacista inscritto nell'albo professionale.

Le farmacie per le quali sia stato riconosciuto il diritto di continuare l'esercizio, possono essere trasferite per una volta tanto per atto tra vivi o per successione a condizione che il trapasso sia fatto in favore di farmacista inscritto nell'albo professionale. Le farmacie il cui titolare non sia farmacista devono avere per direttore responsabile un farmacista inscritto nell'albo professionale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *Consorzio Prov. Antitubercolare Vittorio Emanuele III.* — Scad. 31 maggio, ore 12; direttori delle Sezioni dispensariali di Canosa di Puglia, Corato, Molfetta, Monopoli, Palo del Colle; L. 9000, rimborso spese di viaggio, indennità trasferte L. 30 e L. 50 giornaliere, 4 quinquenni dec.; titoli ed esami; età limite 45 a.; documenti a 3 mesi dal 30 mar.; chiedere annunzio alla segreteria; domanda al presidente (via Dante Alighieri 42).

BIELLA (*Vercelli*). *Ospedale degli Infermi.* — Scad. 30 apr. Primario ostetrico della Sezione maternità. Rivolgersi alla Direzione.

BRESCIA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 apr.; direttore dell'Ospedale Psichiatrico Prov.; L. 21.000 oltre L. 5500 serv. att., alloggio interno, 3 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50.

BUSSI (*Pescara*). — Scad. 3 mesi da 7 feb.; L. 8500 al lordo del 12 %, 4 quinquenni dec.; per cavalc. L. 1000; se uff. san. L. 500; età lim. 40 a. alla data predetta; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi. Chied. annunzio.

CAMPORGIANO (*Lucca*). — Scad. 15 giugno; lire 9000 e 5 quinquenni dec.; trasporto L. 2000; c.-v.; se uff. san. L. 700.

CAPANNOLI (*Pisa*). — Scad. 31 mag.; per frazione; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

CARPINETO SINELLO (*Chieti*). — Scad. 5 mag.; L. 9000 e 4 quadrienni ventes., addizionale L. 5 sopra i 500 pov., indenn. cavalc., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %.

CASELLE LURANI (*Milano*). — Concorso per titoli a medico condotto per il Consorzio Medico di Caselle Lurani, Castiraga Vidardo, Marudo e Valera Fratta. Stipendio annue lorde L. 13.000 suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo. Documenti di rito. Scadenza ore diciotto del 21 maggio 1934-XII. Residenza in Marudo. Indennità annua per auto L. 3500 riducibili del 12 %. Periodo di prova anni 2. Assunzione entro mese nomina. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Caselle Lurani.

CASERTA. *Comune.* — Scad. 14 giu.; 7° Reparto; L. 9500; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Segreteria Comunale.

CASINA (*Reggio Em.*). — Scad. 30 apr.; L. 800 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 3000 cavallo o automobile (obbligatori), L. 2000 indenn. categoria, L. 500 ambulat.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

CASTELLO DI CISTERNA (*Napoli*). — Scad. 1 mag.; L. 9500; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50.

CASTIRAGA VIDARDO (*Milano*). — (Vedi CASELLE LURANI).

CEPRANO (*Frosinone*). — Scad. 30 apr.; medico chirurgo comprimario; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; riduz. 12 %; età limite 24-35 a.; tassa L. 50.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Il termine del concorso, per titoli, alla condotta medico-chirurgica di Morra, con obbligo di residenza in tale frazione, è prorogato a tutto il 31 maggio 1934-XII.

Stipendio annuo L. 7000, aumentabile di un decimo per cinque sessenni. Indennità di servizio attivo L. 600 e indennità temporanea di caroviveri. Obbligo del mezzo di trasporto per le visite ai soli poveri, con annua indennità di L. 500 se per bicicletta, L. 2000 se per motociclo, L. 4000 se per cavalcatura od automobile. Stipendio ed indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute di legge. Le domande, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso del 20-III-1934 da richiedersi alla Segreteria del Municipio di Città di Castello, debbono pervenire a detta Segreteria non oltre il 31 maggio 1934-XII.

CODOGNO (*Milano*). — (Vedi MILANO. *R. Prefettura*).

COMO. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 31 mag., ore 18; due dirigenti medici di Dispensari; L. 13.500 e 6 trienni dec.; riduz. 12 %; indenn. trasferta (pel 1934 L. 440 mensili lorde); età limite 45 a. al 15 marzo; doc. a 3 mesi dalla stessa data; titoli ed esami. Chied. annunzio. Rivolgersi Segreteria.

COMO. *R. Prefettura.* — Scad. 15 mag.; uff. san. di Bellagio e uniti; L. 15.000 oltre L. 3500 trasp.; richiedere bando.

FABRIANO (*Ancona*). *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Posto di Medico Primario; stipendio iniziale L. 10.000 aumentabile di 10 bienni di 1/20 ciascuno; indennità per consulti a malati poveri fuori del Nosocomio L. 2000; 70 % sugli onorari per cura abbienti in ospedale; 50 % provento ambulatorio medico; 40 % incassi laboratorio chimico. Ritenute di legge. Seguirà la nomina retribuita a direttore dell'ospedale. Documenti di rito; libera docenza in clinica o patologia medica oppure certificato di essere stato aiuto od assistente effettivo per almeno quattro anni in clinica medico-universitaria o di un reparto medico di ospedale di almeno 300 letti. Pratica di laboratorio e di radiologia. Scadenza concorso 31 maggio 1934. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Fabriano.

GENOVA-PONTEDECIMO. *Ospedale R. Gallino.* — Scad. 30 apr.; chirurgo primario con funzioni di direttore, L. 6000; medico primario con funzioni di vice-direttore, L. 5000; medico chirurgo aiuto primario, L. 4000.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Proroga al 9 giu. del concorso per vice direttore sanitario; età limite portata a 50 anni, condizionata; chiedere annunzio.

GUARDIAGRELE (*Chieti*). — Concorso per titoli a due posti di medico condotto di detto Comune, a ciascuno dei quali è annesso l'annuo stipendio iniziale di L. 7000, aumentabile di L. 700 per ogni quadriennio e per cinque quadrienni, tenuto conto nel computo anche del periodo biennale di prova. Il tutto è al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Le domande, in bollo di L. 3, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e relative modalità possono desumersi dall'avviso di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Guardiagrele, la quale, a richiesta, fornirà quegli altri chiarimenti che si domanderanno, debbono pervenire alla Segreteria predetta non più tardi delle ore diciotto del 31 maggio 1934-XII.

INZAGO (*Milano*). — Scad. 45 giorni dal 13 marzo; 1ª condotta; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 trasp., L. 1150 se uff. san.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 13 marzo.

LA SPEZIA. *Comune.* — Scad. 31 mag.; 5° e 9° Reparto; L. 7200 e L. 8200, oltre 10 bienni ventes.; c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi all'Ufficio Comunale Affari Amministrativi (Personale).

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il Presidente con bando del 30 marzo u. s., informa che il concorso al posto di Direttore del Consorzio - Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare, bandito con avviso del 27 gennaio corrente anno, è prorogato al 30 maggio 1934.

LEGNANO (*Milano*). — Scad. 25 mag., ore 17; 1ª condotta; L. 11.500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; L. 400 bicicletta; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

LODI (*Milano*). — (Vedi MILANO. *R. Prefettura*).

LONDRA. *Ospedale Italiano.* — Il bando di concorso pubblicato nel precedente N. 14 del nostro periodico, è modificato come segue:

Posto di Assistente Medico Onorario (senza stipendio) presso l'Ospedale Italiano in Londra. I candidati devono avere il titolo di libero docente in Clinica o Patologia Medica e devono essere registrati o registrabili in Gran Bretagna. Per la registrazione sono necessari la laurea italiana e l'iscrizione all'Ordine dei Medici d'Italia. Le domande devono pervenire non più tardi del 10 maggio 1934 al Segretario dell'Ospedale, Queen Square, LONDRA, W. C. 1.

MARUDO (*Milano*). — (Vedi CASELLE LURANI).

MASSA-CARRARA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 25 mag., ore 16; direttore; L. 18.000 al netto del 12 %; età limite 45 a.; docum. a 3 mesi dal 20 mar.; tassa L. 50,10; titoli ed esami. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo di Governo).

MAZZARINO (*Caltanissetta*). *Congregazione di Carità.* — Concorso per Chirurgo-Direttore dell'Ospedale Civile « S. Stefano » con lo stipendio di lire 14.000, indennità di carica di L. 2000, diritto del 50 % sulle operazioni chirurgiche a pagamento, cinque aumenti quadriennali del decimo del solo stipendio. Scadenza del concorso entro due mesi dalla data del presente avviso, che è del 20 marzo 1934-XII. Per maggiori schiarimenti rivolgersi presso la Segreteria della detta Congregazione di Carità.

MILANO. *Pio Istituto di Santa Corona.* — Scad. 5 mag.; un posto di primario medico ed uno di assistente degli Ospedali Eliochirurgici ed Eliomedici in Pietraligure. Titoli ed esami. Rivolgersi Segreteria, via Cesare Correnti 13, Milano.

MILANO. *R. Prefettura.* — Tre posti per Ufficiale Sanitario Consorziale pei Consorzi di Lodi, Codogno e Vimercate. Titoli ed esami. Stipendio L. 18.000, 5 aumenti quadriennali del decimo, L. 5000 indennità automobile, più compensi prestazioni per interessi privati. Divieto esercizio professionale. Scadenza 10 giugno 1934. Chiedere bando e schiarimenti R. Prefettura, Ufficio Sanitario, Milano.

MODENA *Municipio.* — Scad. 15 mag., ore 17,30; 3° Reparto Forese; L. 9000 e 5 aumenti decimo (3 triennali e 2 quinquennali) oltre L. 1000 serv. att., c.-v., L. 2500 trasp.; riduz. 12 %; tassa lire 50,10; età limite 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 mar. Chiedere annunzio alla Segreteria; capitolato

ostensibile presso l'Ufficio sanità ed igiene comunale (via Scudari 2).

Monopoli (*Bari*). — Scad. 27 apr.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

Murazzano (*Cuneo*). — Scad. 30 apr.; Consorzio; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 4000 trasporto, c.-v.

Napoli. *Alto Commissariato per la Città e la Provincia.* — Scad. 15 maggio, ore 12; ufficiali sanitari per Castellammare di Stabia e per Pomigliano d'Arco; rispettiv. L. 12.000 e L. 9500; titoli ed esami; età limite 45 a. rispettiv. al 12 e al 14 mar.; doc. a 3 mesi dalle stesse date. Chiedere annunzi (all'Ufficio del Medico Provinciale).

Novi di Modena (*Modena*). — Scad. 10 giu.; titoli ed esami; L. 8000 oltre c.-v.; L. 600-2500 trasp.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Paolisi (*Benevento*). — Scad. 10 giugno; L. 6000, oltre 5 quadrienni dec., c.-v.

Pavia. *Municipio.* — Per titoli ed esami, concorso al posto di Medico aggiunto presso l'Ufficio di Igiene. Stipendio annuo lordo L. 11.500 ridotto del 12 %. Caro-viveri come agli altri impiegati, se dovuto, e fino a conservazione e supplemento di servizio attivo di lorde L. 2200 annue. Aumenti di cinque decimi dei quali i primi tre al compiere dei primi trienni di servizio e gli ultmi due al compiere dei due quadrienni successivi. Età massima anni quaranta salvo eccezioni di legge. Scadenza ore diciasette del 20 giugno 1934-XII. Assunzione in servizio entro quindici giorni dalla partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Per i documenti richiedere copia del bando di concorso alla Segreteria comunale di Pavia.

Pesaro. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami, concorso al posto di Ufficiale Sanitario del Comune di Urbino. Stipendio iniziale L. 7000, al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %, di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491. Detto stipendio è suscettibile di quattro aumenti sessennali di un decimo ciascuno. Indennità di servizio attivo annue L. 1500 da decurtarsi del 12 %, e indennità caro-viveri nella stessa misura corrisposta agli altri Sanitari del Comune, nonchè L. 3500 di indennità annua, già decurtata del 12 %, per il servizio del Gabinetto di Igiene. La domanda, in bollo da L. 3, corredata dei prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità, possono desumersi dall'avviso di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Pesaro, dovranno pervenire alla predetta R. Prefettura non più tardi delle ore diciotto del 30 giugno 1934-XII.

Poncerale Flero (*Brescia*). — Scad. 31 mag.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 1500 due ambulatori; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Pontedecimo. — (Vedi Genova).

Provaglio Val Sabbia (*Brescia*). — Per titoli. Posto di medico-chirurgo a condotta residenziale. Stipendio iniziale L. 12.000 annue, con 6 aumenti quinquennali di un decimo, computato, per la maturazione del primo, il biennio di prova. Saranno inoltre corrisposte annue L. 500 per la carica di Ufficiale Sanitario, nonchè la indennità caro-viveri, se dovuta, nella misura corrisposta agli altri impiegati comunali. Stipendio e indennità sono soggetti alle trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. La domanda, in bollo di L. 3, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio Comunale di Provaglio Val Sabbia che, a richiesta, ne invia copia, debbono pervenire all'Ufficio predetto non oltre le ore diciotto del 30 giugno 1934-XII.

Quistello (*Mantova*). — Scad. 15 giu.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., c.-v., L. 500-1800-2500 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Robella d'Asti (*Alessandria*). — Posto di medico condotto del Consorzio Robello-Corteranzo. Stipendio e indennità di cavalcatura, lorde L. 9500. Indennità quale Ufficiale Sanitario L. 500. Scadenza 15 maggio 1934-XII.

Santa Croce sull'Arno (*Pisa*). — Scad. 30 mag.; 1° Reparto; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre doppio c.-v., L. 700 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Teramo. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di Assistente Sanitaria Visitatrice del Dispensario Antitubercolare di Teramo. Stipendio annuo iniziale L. 6000 con cinque aumenti quadriennali del decimo e indennità di servizio attivo di L. 1000, il tutto al lordo della ritenuta del 12 %, della imposta di ricch. mob., complementare e pensione. Obbligo della residenza fissa nel capoluogo. Scadenza venti maggio 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare, Palazzo della Provincia, Teramo.

Tigliole d'Asti (*Alessandria*). — Il Podestà rende noto che a tutto il 15 giugno 1934-XII, è aperto il concorso per titoli al posto di medico condotto. Stipendio iniziale L. 7000; indennità mezzi di trasporto L. 2000; indennità di alloggio L. 500; assegni al lordo della riduzione del 12 % e ritenute di legge.

Triora (*Imperia*). — Scad. 15 mag.; L. 9000 e 10 bienni ventes.; addizionale L. 5 sopra i 500 pov.; se uff. san. L. 500; servizio ostetrico L. 500 (tempor.); trasp. L. 2500; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,20.

Udine. *Ospedale Civile di S. Maria della Misericordia.* — Proroga al 30 giu. ore 18 dei concorsi a: primari dermosifilologo, otorinolaringoiatra, oculista, anatomopatologo, radiologo, 2 aiuti medici, 2 aiuti chirurgi, 1 aiuto radiologo, 10 assistenti.

Urbino. — Posto di Ufficiale Sanitario. (Vedi Pesaro).

Valera Fratta (*Milano*). — (Vedi Caselle Lurani).

Varna (*Bolzano*). — Scad. 25 apr.; consorzio; L. 6800 e 5 quadrienni dec.; per il 20 % della popolaz.; addizionale L. 6; c.-v.; L. 1800 trasp.; alloggio o indenn. di L. 2200; se uff. san. L. 680; riduz. 12 %· tassa L. 50.

Verolanuova (*Brescia*). — Scad. 31 mag.; 1ª cond.; L. 9000 e 6 quinquenni dec.; addizionale L. 3 per ogni povero oltre il 20 % della popolaz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; obbligo servizio nell'Ospedale Civile; tassa L. 50,10.

Vimercate (*Milano*). — (Vedi Milano. *R. Prefettura*).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla dignità senatoriale è stata elevata un'altra illustrazione della medicina italiana: il prof. Giuseppe Ovio, che onora l'Ateneo di Roma quale clinico oftalmologo.

Ne esprimiamo il nostro vivo e cordiale compiacimento.

Tra i nuovi deputati eletti con votazione plebiscitaria, sono i seguenti medici: Pietro Biffis, l. docente di patologia medica, medico primario a Treviso; Giuseppe Catalano, di San Salvatore di Fitalia (Messina); Nicolò Castellino, professore di medicina del lavoro a Napoli; Giorgio Chiurco, professore di patologia chirurgica a Siena; Arnaldo Fioretti di Roma; Ermanno Fioretti, l. docente di medicina operatoria a Roma; Milzade Magnini, l. d. di patologia chirurgica a Bari; Eugenio Morelli, professore di clinica della tubercolosi e delle malattie delle vie respiratorie a Roma, segretario del Sindacato medico; Eugenio Niccolato, professore di clinica oculistica a Pavia; Raffaele Paolucci, professore di clinica chirurgica a Bologna; Francesco Pentimalli, professore di patologia generale a Firenze; Amedeo Perna, professore di clinica odontologica a Roma; prof. Cesare Serono, l. docente di chimica e microscopia clinica a Roma, amministratore delegato dell'Istituto farmacologico che porta il di lui nome; Ottorino Rossi, professore di clinica malattie nervose e mentali a Pavia; Attilio Spizzi, l. d. di clinica oculistica a Pavia; Giuseppe Tallarico, l. d. di chimica fisiologica a Roma; prof. Antonio Tommaselli, l. docente di clinica ostetrica a Napoli; Carlo Velo, incaricato di urologia a Padova; prof. Giuseppe Vidau, l. docente di otorinolaringoiatria a Roma; Gaetano Vinci, professore di materia medica e farmacologia a Messina; Sabato Visco, professore di fisiologia generale alla Facoltà di Scienze in Roma.

Sono stati nominati, in seguito a concorso, i proff.: Angelo Barbero, di farmacologia e tossicologia a Palermo; Efisio Luigi Tocco, di farmacologia e tossicologia a Sassari.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Francesco Loreti, in anatomia umana normale; Vittorio Pettinari, Giorgio Pototschnig, Andrea Vitale, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Ambrogio Agostino, Mario Cortella, Giacomo Santori, in clinica dermosifilopatica; Bruno Ricci, in clinica otorinolaringoiatrica; Giorgio Ravasini, in farmacologia sperimentale e terapia; Rodolfo Ferrari, in fisiologia sperimentale; Alessandro Ori, in igiene; Giacomo Bianchi, in medicina sociale; Tommaso Bardanzellu, Annibale Busacca, Guido Sala, in oftalmologia e clinica oculistica; Salvatore Grisanti, Rosario Marziani, Rinaldo Nicotti, Olivio Pellegrini, in ortopedia e traumatologia; Guglielmo Lippi Francesconi, Filippo Petroselli, in psichiatria; Tommaso Ricozzi, in semeiotica medica.

Il prof. Bodo Spiethoff, di dermatologia e venereologia a Jena, è chiamato all'Università di Lipsia.

Il dott. Kurt Goerttleran, prosettore all'Istituto anatomico dell'Università di Zurigo, è chiamato come professore ad Amburgo.

Il dott. Domingo Luciani è nominato presidente dell'Associazione Medica Venezuelana.

NOTIZIE DIVERSE.

Norme transitorie per gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio professionale.

Il Ministero della E. N., per evitare che ad alcuni laureati e diplomati i quali non hanno prima della laurea sostenuto quegli esami stabiliti dall'art. 5 del R. D. 14 ottobre 1932 n. 1366, fosse definitivamente preclusa, ancorchè per loro colpa, l'ammissione agli esami di abilitazione all'esercizio professionale, ha inviato ai Rettori delle Università una circolare in cui dispone:

1) Coloro i quali abbiano conseguito, posteriormente all'anno accademico 1931-32, la laurea o il diploma, senza avere superato gli esami in tutte le discipline indicate, per ciascuna professione, dall'art. 5 del R. D. 14 ottobre 1932, n. 1366, possono essere ammessi ad integrare successivamente il proprio titolo accademico, ai fini degli esami di Stato, superando l'esame o gli esami di cui sono in difetto.

2) Essi dovranno all'uopo presentare la domanda, in carta legale, al Rettore o Direttore dell'Università o Istituto, ove ebbero a conseguire il titolo accademico, oppure di altra Università o Istituto, a loro scelta, intesa ad ottenere l'iscrizione al corso o ai corsi non seguiti, o per i quali gli esami relativi non vennero sostenuti o superati. Qualora essi chiedano l'iscrizione in altra Università o Istituto, essi dovranno tuttavia esibire il titolo originale di laurea o diploma, e un certificato da cui risulti che durante gli studi pel conseguimento del titolo medesimo non seguirono il corso o i corsi di cui trattasi o non superarono l'esame relativo.

3) Coloro che ottengono l'iscrizione di cui sopra, sono tenuti a pagare la relativa tassa d'iscrizione (nella misura stabilita per il corso di studi che rilascia il titolo accademico da integrare), nonchè la sopratassa per esami di profitto; e ciò, sia che il corso o i corsi siano stati seguiti senza che gli esami siano stati sostenuti o superati, sia che il corso o i corsi non siano stati seguiti.

Le domande dovranno essere presentate al più presto.

Le tre prime campagne nazionali antitubercolari.

In un elegante volume di circa 300 pagine, con 32 tavole in rotocalco e parecchie tavole a colori, la Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, sotto il titolo « Le tre prime Campagne antitubercolari in Italia », illustra le grandi manifestazioni primaverili organizzate dalla Federazione negli anni XI, X, IX del Regime.

La interessante pubblicazione si apre con un ritratto del Capo del Governo e col « fac-simile » dell'autografo, ormai storico, in cui si invita la Nazione a costituire il « fronte unico » per la grande battaglia contro il Nemico che insidia alle radici la forza e l'avvenire della razza. E, dopo un conciso indirizzo al Duce del presidente della Federazione, on. Paolucci, e una dichiarazione del Segretario generale, prof. Federico Bocchetti, circa i motivi di ordine generale che indussero la Federazione alla pubblicazione del volume, una lucida sintesi di poche pagine fa la storia dell'attività federale nel triennio indicato. Il resto del volume è riservato alla documentazione, pressochè integrale, di tutti gli atti che condussero al suc-

cesso delle manifestazioni. Da 7.530.013 lire raccolte nella campagna del 1931 si è passati a 13 milioni 302.893 raccolte nel difficile anno 1933.

In una appendice, infine, sono illustrate le varie attività della Federazione nel campo tecnico-scientifico, nel campo pratico, nel campo della propaganda nazionale ed internazionale.

I premi di nuzialità e di natalità istituiti dall'Opera Maternità e Infanzia.

L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ha distribuito alle proprie Federazioni Provinciali n. 2000 premi di nuzialità da 500 lire ciascuno affinchè siano assegnati all'atto del matrimonio, secondo le norme fissate lo scorso anno, preferibilmente in forme rispondenti ai bisogni della costituenda famiglia.

Altri 2000 premi di natalità, pure da L. 500 ciascuno, saranno assegnati alle stesse coppie in forma di « buono » che verrà consegnato nella « Giornata della madre e del fanciullo » e riscosso alla nascita del primo figlio, qualora essa avvenga entro due anni dalla data di celebrazione del matrimonio.

In pari tempo, anche per il 1934, così come si è fatto nel 1933, l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia assegna a ciascuno dei propri consultori pediatrici n. 3 premi da L. 100 ciascuno, da distribuire nella « Giornata della madre e del fanciullo » a tre mamme del popolo che, a giudizio del medico dirigente il consultorio, abbiano fatto il migliore allevamento fisico, del proprio bambino, seguendo le prescrizioni igieniche del consultorio, con preferenza per quelle le quali abbiano ottenuto i migliori risultati con il maggior sacrificio. Si calcola che tali premi raggiungeranno i 10.000.

Alle mamme benestanti saranno assegnati diplomi di benemerenza per il buon allevamento della prole.

Non si tratta di premi di bellezza, ma di premi rivolti a stimolare le mamme italiane ad allevare bimbi sani e robusti, in omaggio al motto romano: « Mens sana in corpore sano ».

29° Congresso internazionale di anatomia.

L'Associazione degli anatomici si è adunata a Bruxelles, con l'intervento di studiosi in anatomia normale, patologica, comparata e sperimentale di 14 Nazioni, sotto la direzione dei proff. A.-P. Dustin, presidente, Dalcq e Gérard, vice-presidenti.

I lavori si sono svolti nella Scuola di Medicina, della quale i 200 aderenti stranieri hanno potuto ammirare la perfetta efficienza.

Si è tenuto un banchetto al Metropôle.

La riunione si è chiusa con magnifiche escursioni ad Anversa e alle Ardenne.

Nuovo reparto all'Ospedale di S. Giacomo in Roma.

I Cavalieri di Malta convenuti recentemente a Roma hanno presenziato alla inaugurazione di un nuovo reparto dell'ospedale di San Giacomo nel quale saranno accolti gli infermi a spese dell'Ordine, in seguito ad una speciale convenzione con l'Amministrazione degli Ospedali Riuniti.

Per l'interessamento fervido e intelligente della Presidenza degli Ospedali il nuovo reparto — denominato San Giovanni dell'Ordine di Malta — è stato organizzato in modo ammirevole. Alla cerimonia inaugurale, ricevuti da S. E. il cav. di gr. cr. Spano, presidente di S. Spirito e dal segretario generale nobile gen. Alfredo Corelli, sono intervenuti il Gran Maestro dell'Ordine S. A. E. il principe Chigi e molte autorità, che hanno espresso vivissimo compiacimento per la nuova bella istituzione ospedaliera.

Un po' dovunque.

L'alto e significativo onore di essere premiati dal Duce è spettato ai Consorzi vincitori della campagna antitubercolare dell'anno XI, come pure alle Direzioni di Sanità Coloniali, alle Organizzazioni, Enti, Istituti e persone che più si sono distinte nella campagna. I quotidiani ne hanno dato ampie notizie.

La campagna dell'anno XII si svolge attivissima; notevoli sono due cinematografie di propaganda fatte allestire dalla Croce Rossa e dalla Federazione Antitubercolare.

Il Consiglio Amministrativo dell'Università Libera di Bruxelles ha riunito, il 23 marzo, i professori e gli studenti nel grande atrio dell'Università per rendere un solenne omaggio alla memoria del Re Alberto, dottore *honoris causa*.

In conseguenza di un'inchiesta interna, tutta l'organizzazione dell'Istituto Pasteur sarà posta su basi più razionali e, contemporaneamente, verrà nominato il nuovo direttore generale, in successione del prof. Emilio Roux. Questa nomina è stata appunto ritardata perchè il consiglio di amministrazione dell'Istituto, riunitosi tre settimane dopo la morte del Roux, decise di studiare la riorganizzazione di esso e di raccomandarla al Governo.

Il 4° Congresso internazionale di assistenza e pronto soccorso agli infortunati è indetto a Copenaghen dall'11 al 16 giugno.

Il Consiglio direttivo della Società di Medicina ed Igiene Coloniale si è adunato il 12 marzo a Roma, sotto la presidenza del sen. Castellani. Venne costituito il comitato ordinatore del Congresso di Napoli, nelle persone dei proff. Mariotti Bianchi, Caronia, Castronuovo, Pullè e Jacono segretario; questi sostituirà anche il segretario generale della Società, dott. Sarnelli, durante un congedo di un anno.

La Società oftalmologica tedesca si adunerà dal 5 all'8 agosto in Heidelberg.

Il Congresso ortopedico tedesco è indetto dall'8 al 10 ottobre in Dortmund, sotto la presidenza del prof. Brandes (Orthopädische Abteilung des städtlichen Krankenhaus, Dortmund, Germania), che fornirà tutte le informazioni relative.

Il 27 novembre 1933 venne fondata a Bucarest una Lega romena contro il reumatismo, per iniziativa del prof. Marius Sturza, di Cluj, e tenne la sua prima riunione scientifica.

Di recente si sono anche adunate le seguenti Leghe nazionali contro il reumatismo: il 14 settembre 1933 quella polacca, a Posen; l'11 gennaio 1934 quella czecoslovacca, a Praga; il 23 gennaio 1934 quella tedesca, a Berlino; il 18 febbraio 1934 quella belga, ad Anversa.

La Lega tedesca ha organizzato un breve corso di conferenze sul reumatismo, nei giorni 22-24 marzo 1934, ad Aquisgrana.

La Sezione di Napoli della Società Italiana di Chirurgia della Bocca si è adunata il 21 febbraio sotto la presidenza del prof. R. D'Alise, assistito dal segretario dott. M. De Fazio. Furono fatte comunicazioni da M. D'Alise e M. Gargiulo.

È organizzato un corso d'idroclimatologia clinica presso la R. Università di Parma, dal 23 aprile al 26 maggio. Domande al rettore. Tassa L. 50.

Si è iniziata la pubblicazione dell'« Archivio di Chirurgia Infantile », a periodicità bimestrale, a cura della Soc. An. Consorzio Neoterapico Nazionale in Roma; è diretto dal prof. Benedetto Formiggini, chirurgo primario dell'« Ospedale dei Bambini » di Milano; è édito dalla C.E.P.S. (Casa Editrice Pubblicazioni Scientifiche) di Roma. Il primo fascicolo, di 173 pagine, corredato di una cinquantina di figure e di 4 tavole fuori testo, reca 4 memorie originali: di O. Pellegrini (Verona), H. Göbell (Kiel), L. Veicstein (Milano), Maria Pellini (Milano). Rallegramenti ed augurî.

Nell'Aula Magna dell'Università di Milano, il prof. Alfonso Cuzzi, membro del Direttorio Federale, ha tenuto la prolusione al corso « Medicina e Stato Corporativo », indetto sotto gli auspicî della Federazione.

Il prof. Prassitele Piccinini ha tenuto, l'8 aprile, nell'aula Mangiagalli della Clinica ostetrico-ginecologica di Milano, una conferenza sul tema: « I contributi italiani alla idroclimatologia ».

Apprendiamo da « Miscarea Medicala Romana » (genn.-febbr. 1934) che il prof. Pietro Capparoni ha tenuto alla Fondazione Universitaria Carlo I di Bucarest nello scorso settembre, due interessanti conferenze di storia della medicina; un'altra fu tenuta dal prof. Laignel-Lavastine.

Il Presidente della Congregazione di Carità di Perugia ha stabilito di costruire un nuovo reparto per tubercolotici che sorgerà entro il recinto dell'Ospedale Policlinico. Il provvedimento risponde ad esigenze sanitarie ed assistenziali imprescindibili e giova a colmare una lacuna gravissima che oggi esiste nel locale ospedale, in quanto i tubercolotici sono ricoverati in un troppo modesto e inadatto fabbricato che, per di più, contiene un numero scarsissimo di letti.

Si è fondato a Berlino un Istituto per le malattie professionali. La direzione è affidata al dott. Ernest W. Baader, direttore dell'ospedale civico di Neukölln, specializzatosi nello studio delle malattie del lavoro.

Il 27 febbraio venne inaugurato a Buenos Aires il primo dispensario di assistenza sociale ai cardiaci, nell'Ospedale Ramos Mejía. Parlarono il direttore dell'Assistenza pubblica, dott. Juan M. Obarrio, il direttore dell'Ospedale, dott. Raúl Novaro, e il promotore dell'iniziativa, dott. Rafael A. Bulbrich; la direzione del dispensario è affidata al dott. Eduardo Braun Menéndez.

Il Municipio di Buenos Aires ha ceduto il Servizio di Maternità dell'Ospedale Rawson alla Facoltà di Scienze Mediche, la quale vi ha preposto il prof. Nicanor Palacios Costa. Il Servizio di Maternità dell'Ospedale Tornú è stato affidato, dal Municipio, al dott. Frank R. Pasman.

A Napoli sono in corso efficaci provvedimenti per migliorare le abitazioni del popolo e sovratutto per sopprimere i « bassi ».

Il sig. Angelo Pagani, spentosi a Gallarate, ha lasciato quale sua beneficenza la somma di lire trentamila a favore dell'Amministrazione del Civico Ospedale della città.

La « National Tuberculosis Association » degli Stati Uniti annunzia di aver cambiato sede: dalla Seventh Avenue 450 è passata alla West Fiftieth Street 50, New York.

L'Università di Dorpat (Estonia) ha deciso che, nei propri atti ufficiali, il nome di « Dorpat » verrà sostituito da quello etnico « Tartu » e non dovrà comparire neppure come doppione.

La Polizia cantonale di Lucerna nel febbraio del 1933 vietò gl'incontri di pugilato in pubblico, dichiarando che tale sport esercitava un'influenza brutalizzante sulla gioventù. L'associazione locale « Sport Ring » è ricorsa al Tribunale cantonale e poi al supremo Tribunale federale (Sezione di diritto pubblico); ma i ricorsi sono stati respinti. Il Tribunale federale elogia il provvedimento della Polizia.

Nel grande penitenziario di Cañon City (Colorado, Stati Uniti) è stata offerta la liberazione ai detenuti disposti a sottoporsi ad una cura della tubercolosi, ideata dai proff. Cohen e Damerow e già provata sugli animali; se ne proffersero incirca 800: ne sono stati scelti 12.

La « Commissione per la profilassi della guerra » della « Società olandese di medicina » continua la sua attiva propaganda.
Per informazioni rivolgersi al segretario, Dr. J. Roorda, Koninginneweg 107, Haarlem, Olanda.

Sotto l'accusa di essere stato dimesso dal sanatorio dell'Apromonte, certo Gennaro di Giuseppe aggrediva, a Cosenza, il dott. Vespa e con un affilatissimo coltello gli asportava il naso e parte del labbro superiore. Purtroppo l'aggressione da parte di pazienti squilibrati o disconoscenti è uno dei molti incerti professionali del medico!

Un medico radiologo di Parigi è stato riconosciuto colpevole, dal Tribunale, per avere determinato una radiodermite persistente in un giornalista, Antonio Delécrez, in seguito a tre esami radiologici prolungati, eseguiti nel 1926. La perizia venne affidata ad un collegio di tre medici. La colpa del radiologo è stata sostenuta da un'avvocatessa. Il Tribunale ha accordato alla parte lesa 20.000 franchi, su 150.000 domandati, ed ha stabilito che una nuova perizia dovrà fissare l'entità del danno.

Il chirurgo dell'Ospedale Civile di Teploce, in Czecoslovacchia, si era rifiutato di operare di appendicite acuta la moglie dell'agente delle imposte. Ne è derivato un processo; egli sostenne che una vertenza, già avuta col predetto impiegato, aveva scosso il suo sistema nervoso e perciò gli sarebbe mancata la tranquillità necessaria per condurre l'operazione. Il Tribunale lo ha assolto.

La dott.a Natalia Dobec, di Siedlice, in Polonia, ebbe sottratto il diploma da un certo Muszewski,

il quale, travestitosi da donna (ciò che evidentemente fu reso possibile dai suoi caratteri sessuali secondari poco spiccati) prese ad esercitare come dottoressa nella provincia di Posnania, formandosi una larga clientela, sovratutto femminile. Scoperto, è stato condannato a 4 anni di reclusione.

Una dottoressa di Chicago, Alice Wyckoop, dopo avere indotto la propria nuora a lasciarsi visitare, la uccise per mezzo del cloroformio. Al processo ella sostenne di avere agito per pietà, poichè la vittima era colpita da una malattia inguaribile; invece risultò che ella aveva voluto liberare il figlio, la cui vita, a suo avviso, era resa infelice dalla giovane moglie. È stata condannata a 25 anni di reclusione.

Nel Michigan (Stati Uniti) un giovane, certo Wells, era stato condannato per avere rapito una minorenne, certa Mirtilla Krause; il giudice, Enrico Pelmith, gli dette facoltà di scegliere tra la prigione e la sterilizzazione sessuale. Il condannato scelse quest'ultima, eseguita dal dott. Heyselt. Ora però egli ha intentato causa contro l'amministrazione giudiziaria, per i danni derivati alla sua salute dallo stato di apprensione consecutivo all'intervento, ed ha trovato una giuria che gli ha dato ragione e gli ha accordato un'indennità di 3250 dollari.

La sig.na Medi è nominata medico municipale di Angora, capitale della Turchia.

I giornali quotidiani danno notizia di un'ammalata, ricoverata nell'Ospedale di Pirano, che durante la notte emana della luce dal petto; il fenomeno sarebbe stato controllato da parecchi medici.

Il dott. A. Calosi, della cui condanna demmo notizia nel n. 8, p. 321, non è medico, ma farmacista.

La perdita del sen. Luigi Simonetta è stata dolorosamente sentita da tutta la classe medica italiana.

Il nome dell'insigne sanitario e parlamentare resta associato a due grandi opere di bene: il Collegio Convitto per gli orfani dei sanitari italiani e l'Istituto Nazionale per gli orfani dei maestri elementari. Quale presidente dei Consigli d'amministrazione, si consacrò a questi due Enti con impegno e con passione, portandoli ad un alto grado di efficienza e profondendovi una bontà infinita; si fece amare dai ricoverati come un padre.

Egli merita pertanto la gratitudine indelebile della classe sanitaria, come di quella magistrale.

Ricco di censo, destinava largamente le sue ricchezze a opere filantropiche e in particolare a pareggiare i bilanci delle due istituzioni cui presiedeva.

Allievo del prof. Sclavo, aveva conseguito la docenza in igiene.

Coprì importanti cariche: fu a lungo membro autorevole e ascoltato del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione; fu Questore del Senato; da qualche anno era stato preposto, quale commissario, al Sindacato Fascista di Medici di Roma.

Aderì presto al Fascismo con convinzione ed entusiasmo.

Cortese, intimamente modesto, buono senza riserve, si prodigava e non sapeva mai negarsi; perciò era circondato da larghissime simpatie e da sincera estimazione.

Era nato a Milano; contava 73 anni.

L. Pozzi.

Indice alfabetico per materie.

Anemia e acloridria . . . . *Pag.* 591
Anemia ipocromica: trattam. con sali ferrosi . . . . » 592
Bacillo difterico: colorazione . . . . . . » 593
Bibliografia . . . . » 587
Dante: la forma corporea di — . . . . » 586
Emottisi: cura col metodo Giuffrida . » 566
Farmacie: modificazioni alla legge sull'esercizio . . . . » 595
Fibro-sarcoma voluminoso del mesenterio . . . . » 589
Gastrite cronica: vedute attuali . . . . » 572
Leishmaniosi viscerale in adulto . . . » 589
Mandibola: lussazione posteriore monolaterale . . . . » 570
Nefriti: classificazioni . . . . » 584
Occhio: applicazioni farmaco-dinamiche » 589
Ormone disintossicante del fegato . . . » 594
Proteinuria Bence-Jones e lesione renale » 589
Sacralizzazione del coccige umano . . » 590
Sangue trasfuso: azione ematopoietica » 592
Sieroterapia antidifterica . . . . » 590
Sifilide: metallo-terapia . . . . » 594
Sifilide: oscillazioni e gravità in Italia *Pag.* 593
Sifilide terziaria: manifestazioni cutanee e mucose poco comuni . . . . . » 589
Sindrome chiasmatica da tumore ipofisario guarito dopo roentgenterapia . » 590
Sindromi paratiroidee . . . . » 580
Sindromi preipofiso-surrenali . . . . . » 582
Succo gastrico umano per iniezione intramuscolare: azione ematopoietica . » 592
Tachicardia parossistica: cura dell'accesso . . . . » 588
Taglio cesareo transperitoneale in anestesia locale . . . . » 563
Tifo addominale: ricerche . . . . » 588
Triptofano: reazione . . . . » 569
Tubercolosi: lotta a Modena . . . . . . » 590
Ureteri: topografia . . . . » 590
Uretrografia . . . . » 585
Urografia endovenosa nella tubercolosi renale . . . . » 585
Uro-terapia: auto- . . . . » 592
Vaccini anticarbonchiosi . . . . » 589

C. Frugoni, Red. capo. A Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 23 Aprile 1934 - XII Num. 16

"IL POLICLINICO„

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: A. Chiasserini: Tentativi di cura in casi di paraplegia da lesione del midollo lombare consecutiva a frattura vertebrale. (Anastomosi radiculo-intercostale).
Note e contributi: M. Faberi e C. Fumi: Sulla radioterapia della meningite tubercolare.
Osservazioni cliniche: M. Bottaliga: Bronchite pseudofibrinosa con eosinofilia.
Sunti e rassegne: DISTROFIE: G. Mouriquand: I fattori rivelatori nelle distrofie inapparenti. — R. Marziani: Sulle osteocondrodistrofie sistematiche della crescenza. — DIABETE: L. Grote: Sull'ereditarietà del diabete. — C. Ciceri e G. Arrigoni: Contributo allo studio del diabete in chirurgia. — ORGANI DIGERENTI: L. J. Hirschman: Il dolore anorettale ed il suo significato clinico. — E. S. J. King e P. MacCallum: Il tessuto pancreatico nella parete dello stomaco. — E. Ruge e A. Püschl: Esofagoplastica pretoracica: la röntgenterapia arresta la secrezione gastrica e permette la formazione del tubo cutaneo senza fistolizzazione. — Makkas: Perforazione di ulcere peptiche digiunali post-operatorie. — MISCELLANEA: A. H. Elliot: Anemia e stati anginosi. — H. Kasumow: Ricerche cliniche e sperimentali sul tono della muscolatura striata; interventi sul simpatico nella paralisi spastica. — Schulze: Il Ligamentum Pulmunale.
Storia della medicina: H. L. Gordon: Mattia Ben Haresh medico romano del primo secolo.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia delle Scienze Mediche in Palermo. — Accademia Medico-Fisica Fiorentina. — Società Medico-Chirurgica Veneziana.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Contributo alla patogenesi dell'angioma arterioso racemoso. — Contributo al trattamento chirurgico dell'embolia periferica. — Mezzi clinici di controllo nell'evoluzione delle flebiti. — La cura della flebite cronica ulcerosa da varici. — Contributo alla cura ambulatoria delle ulcere varicose delle gambe. — Sulla pioemia osteoflebitica di Körner. — Valore del tempo di coagulazione per il prognostico e la profilassi delle complicazioni post-operatorie. — La gangrena da malaria. — Il salasso nel trattamento dell'emorragia cerebrale. — SEMEIOTICA: Come interpretare il valore della glicemia. — NOTE DI RADIOLOGIA: Lo studio radiografico delle vie genitali maschili ossia la vaso-epididimo-vescicolografia. — Urografia escretoria con speciale riferimento ad un nuovo composto: l'orto-iodo-ippurato di sodio. — Contributo alla conoscenza dei fenomeni idro-meccanici pielo-renali nella pielografia ascendente. — IGIENE: Uso della chinoplasmina nella lotta antimalarica. — MEDICINA SCIENTIFICA: Sulla derivazione delle piastrine dai megacariociti. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Risposte a quesiti per questioni di massima.
Nella vita professionale: Il medico nel regime fascista. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

Padiglione Flajani dell'Ospedale del Littorio in Roma.

Tentativi di cura in casi di paraplegia da lesione del midollo lombare consecutiva a frattura vertebrale. (Anastomosi radiculo-intercostale).

ANGELO CHIASSERINI, chirurgo primario.

La paraplegia flaccida e la insufficienza degli sfinteri ano-vescicale consecutiva a lesione trasversa del midollo lombare, sia essa dipendente da ferite, sia da frattura delle vertebre, rappresenta una delle menomazioni più gravi, sopratutto perchè considerata come lesione non suscettibile di miglioramento.

Tutti conoscono il tragico destino di questi pazienti: nella maggioranza dei casi le infezioni a partenza dalle piaghe da decubito e dalle vie urinarie provocano l'esito letale in uno spazio più o meno breve di tempo.

E questa è forse la soluzione più clemente.

Tutte le cure, per evitare la formazione di decubiti e il loro estendersi; per allontanare o attenuare il pericolo di infezioni urinarie, se talora riescono a prolungare la vita dei pazienti, non toccano affatto la tragica essenza della infermità.

La proposta, una volta fatta, di amputare ambedue le coscie di questi pazienti e di stabilire una fistola perineale, con lo scopo di poter meglio evitare le sopradette complicazioni, ci sembra essere una decisione piuttosto crudele.

Se d'altronde si pensa che, a parte le ferite dirette, si osservano lesioni trasverse del midollo in circa il 20 % delle fratture delle vertebre (inchiesta di Schmieden su 3014 casi di fratture delle vertebre) appare evidente che l'attenzione dei chirurgi dovrebbe rivolgersi anche al problema della cura vera e propria della paraplegia e dei disturbi sfinterici, che conseguono a tali lesioni midollari.

È cosa nota che in vari casi, sopratutto quando si trattava di una sezione netta del midollo, è stata tentata la sutura dei monconi midollari: tale sutura, come era da prevedersi, non ha mai dato alcun risultato sicuro: che potesse cioè resistere ad una giusta critica.

Risultati più positivi sembra invece aver dato l'anastomosi fra radici spinali superiori al livello della lesione e radici pertinenti ai segmenti midollari compresi o sottostanti alla zona traumatizzata: in pratica fra le ultime radici dorsali e quelle lombo-sacrali.

Dato che il concetto dell'anastomosi nervosa, per sopperire al deficit di uno o più nervi, ha ormai avuto la sanzione sperimentale e clinica (un esempio popolare è dato dalle anastomosi spino- e ipoglosso faciali), sembrava logico pensare che anche in casi di paralisi, consecutiva a sezione trasversa del midollo, si potesse ottenere la neurotizzazione di una o più radici spinali anastomosandole con radici provenienti da segmenti midollari posti centralmente alla zona midollare lesa.

Uno dei primi a prospettare questa idea sembra sia stato Monro. È certo che essa è stata dimostrata giusta dai lavori sperimentali di Kilvington, Vidal (1907), Burdenko (1910), Moskalenko.

In Italia Serra e Ferraro (1922) hanno eseguito parecchie ricerche sperimentali sui cani anastomosando direttamente una radice midollare con un'altra immediatamente seguente, o con altra situata anche a distanza per mezzo degli innesti radicolari seriati; e completando l'esperienza con la sezione del midollo.

Orbene questi AA., come già i precedenti, hanno istologicamente osservato fenomeni di neurotizzazione completa; e funzionalmente positiva la risposta alla stimolazione elettrica delle radici, che erano state sezionate; nonchè il ripristino della funzione motoria dell'arto.

A risultati analoghi veniva anche Crescenzi (1924).

Questi rimarchevoli risultati sperimentali hanno avuto un inizio di applicazione clinica, se pure in scala molto ristretta e con metodi non ancora ben regolati.

La prima anastomosi interradicolare spinale nell'uomo risale a Kilvington e Bird (1900): l'esito di tale operazione fu negativo.

Invece Frazier e Mills nel 1912 ottennero per mezzo di una tale anastomosi in un paziente, che presentava paraplegia e incontinenza assoluta, come conseguenza di una frattura della seconda vertebra lombare, il ripristino della continenza vescicale.

Più recentemente un ben noto neurochirurgo, Puusepp, ha applicato il sistema dell'anastomosi interradicolare anche a casi di paralisi non traumatica: in 4 giovani, sofferenti di paralisi infantile, ed in cui altri soccorsi chirurgici ed ortopedici si erano dimostrati inutili, egli sezionò le radici L 2, L 3, L 4, anastomosandole rispettivamente con D 11, D 12.

In due casi si ebbe il ripristino di alcuni movimenti.

In un caso di lesione della cauda suturò alcune radici di questa con D 12, ottenendo la cessazione della incontinenza vescicale.

In un giovane di 20 anni, che da 2 anni presentava una paraplegia flaccida e incontinenza ano-vescicale, in seguito ad una ferita da arma da fuoco in corrispondenza della prima vertebra lombare, Puusepp sezionò la 12ª radice dorsale da ambedue i lati, anastomosandone gli estremi con 6 radici sezionate della cauda.

Dopo 2 mesi dall'intervento la incontinenza degli sfinteri era scomparsa.

Se pure queste applicazioni cliniche sono ancora ben scarse, e i risultati incerti o solo parzialmente positivi, non vi ha dubbio che occorra insistere su questa via, che appare logica, e che ha a sostegno indubbi risultati sperimentali, nonchè i successi ottenuti con l'anastomosi fra varî nervi.

*
* *

In due casi di paraplegia flaccida con incontinenza degli sfinteri, consecutiva a frattura vertebrale, ho avuto occasione di praticare uno speciale metodo di anastomosi nervosa: anastomosi fra nervi intercostali e radici della cauda.

Riassumo brevemente le due osservazioni.

OSSERVAZIONE I. — L. M., di anni 21, celibe. Il 2-VIII-1932, mentre si trovava disteso sotto un camion, venne urtato sul dorso dalla pedana del camion stesso. Fu trasportato all'Ospedale di San Giovanni, e il 23 agosto trasferito nel mio Padiglione all'Ospedale del Littorio.

Obiettivamente si constatava deformazione della colonna vertebrale a livello della XII D. e I L.; tutto il segmento lombo-sacrale della colonna appariva spostato verso destra; dolore alla pressione sulla ultima apofisi spinosa dorsale e sulla prima lombare.

Paraplegia flaccida; anestesia completa sino ad una linea, che unisce le due spine iliache anteriori superiori; ipoalgesia fino alla ombellicale trasversa. Incontinenza degli sfinteri anale e vescicale.

Presenza di decubiti in corrispondenza delle regioni trocanteriche e sacrale. Piuria.

Radiografia: frattura per schiacciamento del corpo della I L., che appare lussata verso destra; frattura della XII costa sin.

Decorso e cura: sonda vescicale a permanenza; lavaggi endovescicali con $Ag\text{-}NO^3$; iniezioni en-

dovenose di cilotropina e somministrazione di fosfato acido di soda; materasso ad acqua.

Essendosi manifestata una epididimite destra, si sezionano bilateralmente i deferenti.

Seguono periodi irregolari di febbre, che poi gradualmente scompare.

I decubiti tendono a guarire.

L'11 settembre 1933 si esegue una mielografia con lipiodol (5 cc.) (figg. 1-2).

rale, si sezionano le tre radici lombari piuttosto in alto e si suturano capo a capo con gli estremi dei nervi intercostali, adoperando aghi e seta molto sottili.

L'anastomosi viene ad essere extradurale.

Sutura della dura. Ricostruzione dei piani.

Dopo l'intervento trasfusione di 350 cc. di sangue puro. Il paziente è tenuto per alcuni giorni in posizione prona.

FIG. 1. — Mielografia. Arresto del lipiodol a livello della XI D.

FIG. 2. — Arresto del lipiodol. Forte spostamento laterale del segmento periferico della colonna.

Il lipiodol si arresta all'altezza della XI D. Un controllo eseguito il 15 settembre dimostra una discesa parziale della sostanza opaca.

Il deficit motorio-sensitivo, e i disturbi sfinterici sono rimasti invariati; i decubiti sono quasi totalmente guariti.

Il 4 novembre 1933 si procede al seguente atto operativo: eterenarcosi; ampia incisione a lembo nella regione dorso-lombare sinistra a convessità sinistra. Col processo Alessandri si ribattono verso destra le apofisi spinose della II-III L. e se ne asportano largamente le lamine.

Isolamento per circa 15 cm. dei nervi intercostali IX e X di sinistra a partire dalla corrispondente apofisi trasversa. I nervi mobilizzati sono sezionati presso a poco a livello della ascellare posteriore, rivolti medialmente e fatti passare per tunnellizzazione al disotto dei muscoli dorsali, finchè le loro estremità vengono a sporgere in corrispondenza della zona ove è stata eseguita la laminectomia.

Incisione longitudinale della dura previamente isolata: non si osserva fuoriuscita di liquor.

Si isolano tre radici anteriori della cauda. E poichè l'estremità dei due nervi intercostali, che affiora dal disotto dei muscoli dorsali, non si può portare in sufficiente vicinanza delle radici, per poter eseguire una anastomosi termino-late-

A distanza di 2 mesi il reperto neurologico non ha mostrato cambiamenti.

OSSERVAZIONE II. — C. F., terraziere, coniugato.

Il 18 agosto 1932, mentre lavorava, venne colpito da un palo di ferro alle regione dorsale. Cadde, e non fu capace di rialzarsi.

Fu condotto all'Ospedale della Consolazione, e da qui trasferito all'Ospedale del Littorio il 23 agosto

Obiettivamente si constata cifosi della colonna dorso-lombare, con gibbo sporgente a livello della XII D.

Paraplegia flaccida; l'anestesia raggiunge in alto una linea, che congiunge le due spine iliache anteriori-superiori.

Incontinenza retto-vescicale. Decubiti sui trocanteri, sacro, regioni calcaneari.

Radiografia: frattura da schiacciamento della XII D. Il corpo di questa vertebra ha assunto una forma triangolare (fig. 3). Frattura della testa della XII costa di destra e di sinistra. Notevole cifosi con vertice in corrispondenza della vertebra fratturata; scoliosi del I metamero sacrale.

Decorso e cura: sonda uretrale a permanenza; lavaggi vescicali con $AgNO^3$; cilotropina endovenosa; somministrazione di fosfato acido di soda; materasso ad acqua.

Periodi febbrili; epididimite: sezione dei deferenti. Graduale miglioramento dei decubiti e scomparsa della febbre.

14 settembre 1933: mielografia. L'olio jodato (20 %) si arresta all'altezza della XI D. (fig. 4).

Reperto neurologico invariato.

Il 10 novembre 1933 si pratica il seguente intervento. Anestesia basale avertinica; eterenarcosi. Incisione dorso-lombare a lembo a convessità sinistra; laminectomia della II-III L. col processo Alessandri. Scopertura dei 2/3 posteriori dell'astuccio durale.

Fig. 3. — Frattura per schiacciamento della XII D.

Dato che la laminectomia ha richiesto un certo tempo, si decide di rimandare ad un'altra volta il complemento della operazione.

Il 2° intervento è eseguito il 7 dicembre 1933. Anestesia basale avertinica; eterenarcosi. Si asporta anche la lamina della IV L.

Isolamento dei nervi intercostali X-XI di sinistra dalla apofisi trasversa alla ascellare media; qui si sezionano.

Come nel precedente caso i due nervi sezionati e mobilizzati sono fatti passare al di sotto dei muscoli dorsali, in modo che la loro estremità venga a corrispondere alla zona della laminectomia.

Incisione longitudinale della dura; edema gelatinoso sottodurale; assenza di liquor.

Le radici della cauda sono sezionate in toto ad un'altezza tale che ne permetta una facile sutura con gli estremi dei due nervi intercostali sporgenti dai muscoli dorsali.

Essi sono suturati capo a capo con alcune radici; le altre radici sono riunite in un ciuffo in immediata vicinanza.

Sutura parziale della dura. Drenaggio declive.

Trasfusione di 300 cmc. di sangue.

Posizione prona per vari giorni.

Decorso post-operatorio regolare.

Non è naturalmente possibile parlare di risultati funzionali, dato che l'intervento operativo risale nei due casi a circa due mesi.

Mi è sembrato tuttavia opportuno comunicare questi miei tentativi, anzitutto per sostenere il concetto che il contegno del chirurgo dinanzi a tali pazienti non deve di necessità essere passivo, e limitato alla sola cura sintomatica: dei decubiti cioè e della infezione urinaria.

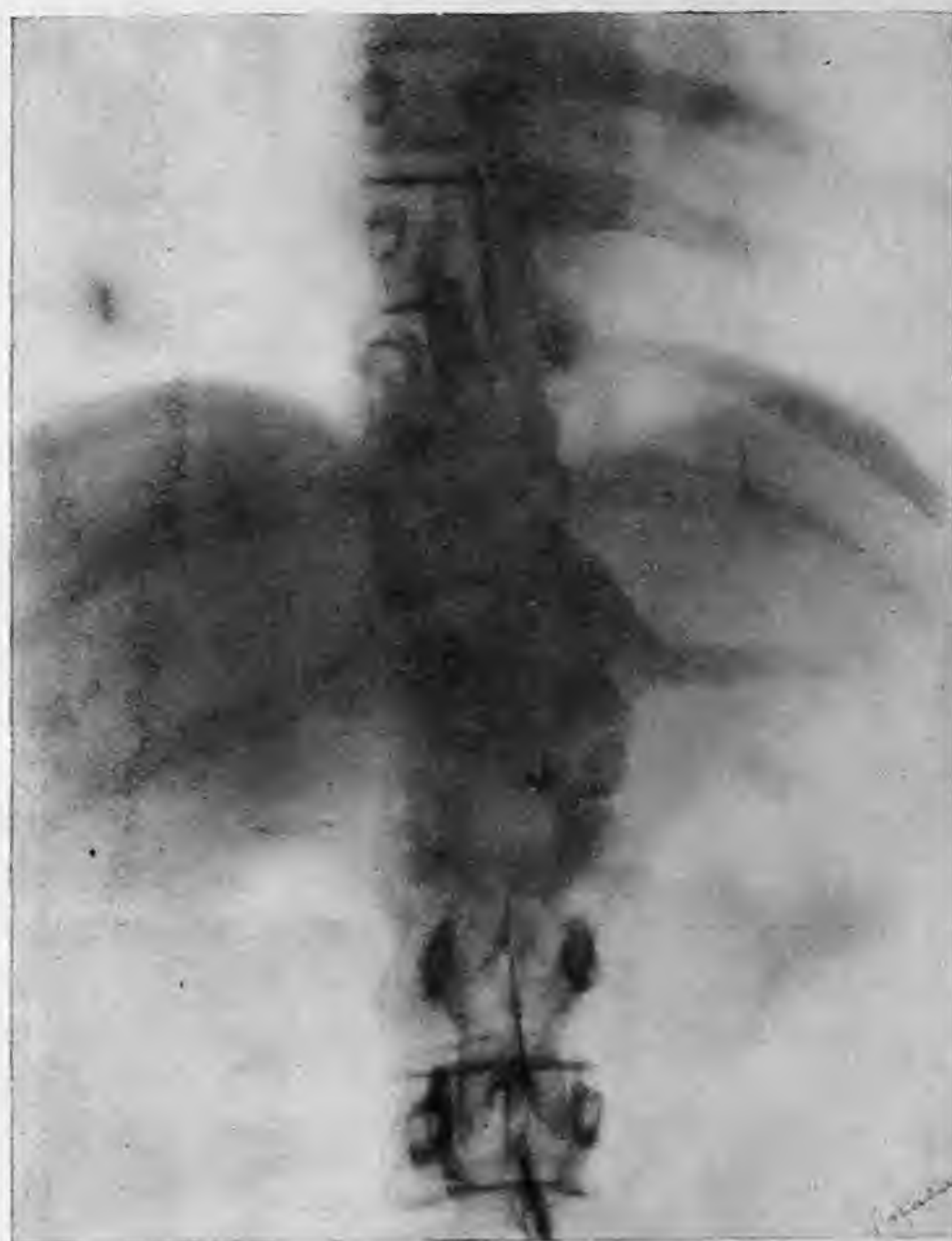



Fig. 4. — Mielografia. Arresto dell'olio iodato all'altezza della XI D.

In secondo luogo per affermare che l'anastomosi interradicolare spinale, secondo l'una o l'altra modalità, merita di essere più largamente sperimentata.

Certo si è che per eseguire questo intervento non si dovrebbe attendere un tempo eccessivamente lungo, essendo ben noto che i risultati delle anastomosi e in genere delle suture nervose sono tanto migliori quanto minore è il tempo decorso dalla lesione.

Nei nostri casi fu necessario aspettare più di un anno, per far sì che i decubiti, presenti già su larga scala al momento in cui i pazienti furono accolti nel nostro Padiglione, fossero guariti.

Bisognerebbe perciò trattare i pazienti fin dall'inizio in modo che i decubiti e l'infezione urinaria non si stabilissero. La qual cosa non è certamente impossibile. Allora, dopo una attesa non superiore alle 2-3 settimane, l'in-

tervento potrebbe essere eseguito con probabilità di successo assai maggiori.

La maggior parte dei chirurgi sconsiglia un intervento primitivo, che, dal punto di vista di una successiva neurotizzazione, sarebbe certamente quello preferibile, perchè l'esperienza ha dimostrato che tali interventi immediati nelle fratture vertebrali sono accompagnati da un'alta mortalità (72 % nella statistica di Lloyd).

Durante questo periodo di attesa esami neurologici ripetuti permetteranno di confermare o meno la diagnosi di sezione trasversa del midollo.

Utili ragguagli può anche dare l'esame mielografico preoperatorio, che tuttavia non sembra sia stato eseguito molto spesso: appare invero dalla inchiesta di Schmieden, cui risposero 76 chirurgi, che solo una minoranza di questi si serviva di tale mezzo di indagine.

Importanza capitale, per il successo di queste anastomosi, sembra avere il problema tecnico-operativo.

Questa almeno è l'impressione, che mi è rimasta dopo aver eseguito i due interventi, che sopra ho ricordato.

Trattandosi di pazienti, che hanno subìto una grave lesione, e le cui condizioni generali non sono delle migliori, credo che la estensione della laminectomia dovrebbe essere ridotta al minimo necessario.

Ma una anastomosi interradicolare, con la quale cioè si vogliano riunire le ultime radici dorsali con quelle lombari e lombo-sacrali, richiede la rimozione di parecchie lamine, anche di quelle, che corrispondono al focolaio di frattura.

Ciò implica un maggior dispendio di tempo, maggior perdita di sangue, e in genere un traumatismo non indifferente, sopratutto, quando, in conseguenza del trauma, i segmenti della o delle vertebre fratturate abbiano subìto degli spostamenti notevoli.

Per queste ragioni mi sono proposto di limitare la estensione della laminectomia a due o al massimo tre vertebre situate immediatamente al di sotto del focolaio di frattura.

È in tal modo possibile di mettere bene in evidenza, e per un certo tratto, il fiocco delle radici della cauda.

A questo livello (2ª-3ª vertebra lombare) l'orientamento sulla identità di ciascuna radice, se pure non è dei più facili, può essere tuttavia ottenuto; quantunque, nel caso in specie, dato che tutte le radici messe in vista appartengono a segmenti midollari posti al disotto della sezione trasversa del midollo, questo orientamento abbia una importanza non eccessiva.

Non avendo esposto le radici dorsali, mi sono servito, quali agenti neurotizzatori, degli ultimi nervi intercostali.

Si potrebbe obiettare che la mobilizzazione per un tratto molto lungo di questi nervi può in qualche modo riuscire dannosa alla vascolarizzazione degli stessi. Ricerche sperimentali ed applicazioni cliniche hanno tuttavia dimostrato che i nervi possono essere largamente mobilizzati senza che la loro nutrizione venga a soffrirne.

Ma una questione anche più importante è quella rappresentata dalla anastomosi stessa fra i nervi e le radici.

Dato che le radici sono formate da fascetti piccoli e distinti sino in prossimità del punto in cui fuoriescono dall'involucro durale, l'anastomosi dovrebbe avvenire in vicinanza di questo punto: altrimenti la riunione fra nervo e radice riesce solo parzialmente e, data la sottigliezza dei fascetti radicolari, in modo inesatto.

Si tratta di un problema tecnico della massima importanza, per l'esito finale dell'intervento.

Tali questioni tecniche e altre ancora (se sia ad esempio da preferirsi l'anastomosi capo a capo, o l'impianto, ecc.), potranno essere risolute con ricerche sperimentali; con osservazioni sul cadavere; e finalmente con la ripetizione di interventi analoghi a quelli qui riferiti.

RIASSUNTO.

L'A. è d'avviso che nelle lesioni trasverse del midollo, consecutive a ferite o a frattura delle vertebre, sia necessario non limitarsi alla sola cura sintomatica. Ricorda i buoni risultati ottenuti sperimentalmente con le anastomosi interradicolari, e alcuni casi in cui tale metodo è stato applicato nell'uomo. Riferisce due osservazioni personali, nelle quali, per lesione trasversa del midollo lombare, egli ha eseguito una anastomosi fra gli ultimi nervi intercostali e le radici della cauda.

NOTA. — A circa 15 giorni di distanza dalla consegna in Redazione di questo lavoro, il paziente, che ha formato oggetto della osservazione II, ha dimostrato segni evidenti di aver riacquistato un buon grado di continenza di urina.

NOTE E CONTRIBUTI

Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. LUIGI SPOLVERINI.

Sulla radioterapia della meningite tubercolare.

Dott. MARIO FABERI, aiuto incaricato e docente.
Dott. CARLO FUMI, assistente effettivo e radiologo.

L'annunzio fatto da Z. V. Bòkay, Direttore della Clinica Pediatrica di Debrecen, di aver ottenuto delle guarigioni di meningiti tubercolari per mezzo della radioterapia, fece sorgere giustificate speranze di avere finalmente a disposizione un metodo curativo, per il quale la prognosi di una delle più terribili affezioni, sin qui giudicata inguaribile, avrebbe dovuto essere favorevolmente modificata.

La base del trattamento radioterapico, preconizzato e descritto da questo A., sarebbe nel praticare una irradiazione profonda del cervello e della midolla allungata, con raggi ad alto potenziale, fortemente filtrati, e capaci di modificare lo stato patologico indotto in tali organi dal processo tubercolare.

La distanza focale fu calcolata piuttosto grande, onde accentuare l'entità del dosaggio profondo, regolando la quantità dei raggi a seconda dello stato del soggetto, ed evitando, in ogni modo, di sorpassare i 250-300 R.

Le irradiazioni furono dall'A. ripetute ogni giorno, regolandosi con l'andamento della malattia, e trattando tutti i campi. In generale le dosi usate furono di 162 Kv., 4 m A., con filtri di Zn. 0,25 e All. 2-3, a 34 cm. di distanza focale, 150-200 r.

I casi studiati dal Bòkay furono complessivamente 17, comprendenti meningiti di natura sicuramente tubercolare, per le ricerche cliniche e batteriologiche eseguite, e in 5 si ebbe la guarigione.

La data d'inizio della malattia non fu invero, in questi casi, del tutto ben precisabile, poichè, in genere, già da vari giorni prima del ricovero in Ospedale erano comparse l'irrequietezza, la cefalea, il vomito, e gli altri segni a carico delle meningi. Solo nel 4° e 5° caso la sintomatologia caratteristica sarebbe esplosa improvvisa tre giorni prima, mentre nel primo l'affezione si svolgeva sicuramente da più di una settimana, e nel terzo da almeno 10 giorni. Nel terzo caso furono praticate tre irradiazioni; quattro nel primo, secondo e quarto; cinque nel quinto.

Il miglioramento si appalesò in genere dopo la terza irradiazione, proseguendo poi rapido, con scomparsa di tutti i segni di irritazione meningea, e ripristino dello stato di benessere.

Il persistere della guarigione fu in un caso controllato a distanza di 4 mesi, e negli altri di 1-1 e mezzo.

Era logico che, dopo tale comunicazione, si iniziassero in altre parti dei tentativi consimili, per la relativa frequenza con la quale la meningite tubercolare si presenta.

Manicatide e Ghimus riferirono così già nel Novembre 1932, alla Società di Pediatria di Parigi, di aver radioterapizzato, secondo i precetti del Bòkay, otto loro ammalati. Ma, purtroppo, i resultati da loro ottenuti sono sintetizzati nell'aggettivo « deplorevoli ».

Nel Febbraio 1933 pubblica al proposito una nota Moggi, riferendo su altri tre casi, nei quali il trattamento fu iniziato al settimo, sesto e quarto giorno dalle prime manifestazioni meningee apprezzabili.

Anche questa volta la tecnica seguita fu quella del Bòkay, e si fecero tre applicazioni nei primi due casi e due nel secondo.

Tutti e tre i malati decedettero rapidamente, con segni di aggravamento progressivo.

Nel terzo caso, controllato anatomopatologicamente, coesistette invero una tubercolosi miliarica generalizzata. Comunque, anche in questo, l'A. trasse l'impressione che la radioterapia avesse sensibilmente aggravato lo stato generale, accelerando il momento dell'esito letale.

Più recente è la pubblicazione di C. Wiener. Questo A., rivendicando a sè la prima idea di radioterapizzare le meningiti tubercolari, per cui già nel 1925-1926 aveva fatto tentativi in tre casi, con esito del tutto negativo, ripetette la prova subito dopo esser venuto a conoscenza del lavoro del Bòkay. Questa volta il dosaggio da lui usato fu molto più energico, essendosi la prima volta limitato a dosi molto deboli, per ragioni prudenziali.

Le dosi furono quindi di 150-250 R. per campo, (6 × 8 cm.), a distanza di 35 cm., con tubo filtrante (0,5 Zn. - 1 Al) a 160 Kv. e 4 MA.

Nei suoi casi, 9 in totale, si trattò di bambini dell'età da 9 mesi a 9 anni, iniziando le applicazioni in periodi oscillanti tra il 4° e il 15° giorno dalla comparsa dei primi sintomi meningei, mentre in due casi già coesistevano segni radiologici di tubercolosi miliarica del polmone.

Il numero delle applicazioni andò da un minimo di 2 a un massimo di 5.

In tutti i casi, invariabilmente, si ebbe l'esito letale, ma, quello che più interessa, si è che l'A. riportò l'impressione netta che la radioterapia avesse esercitato quasi un'azione acceleratrice sul processo morboso, facendo indubbiamente peggiorare i vari segni della malattia.

Dichiara quindi il Wiener come non sia illogico il pensiero che non riesca possibile di calcolare, sulla base del dosaggio usato, fino a che punto si provochi la distruzione dei tessuti tubercolari, col pericolo di una immissione di bacilli in circolo.

Anche noi, conosciuti gli studi del Bòkay, per consiglio del nostro Maestro Prof. Spolverini, iniziammo fin dal decorso anno 1932 le applicazioni radioterapiche sui piccoli malati ricoverati in clinica, e riconosciuti affetti da meningite tubercolare.

Prima di riportare qui sotto in succinto le storie cliniche dei nove infermi in tal modo trattati, teniamo a dichiarare che dalla cura furono escluse numerose altre forme della stessa malattia, ricoverate in eguale periodo in clinica, nelle quali però coesistevano lesioni polmonari specifiche talmente diffuse, da far apparire del tutto assurdo qualsiasi tentativo terapeutico.

CASO I. — G. Rossana, anni 4 e mezzo. Ricoverata il 21-5-32 con diagnosi di meningite. Puntura lombare: liquor con i caratteri della meningite tubercolare. Presenza del b. di Koch. Vengono praticate 3 irradiazioni, alternate sulle regioni temporali e occipitali (160 Kv. 3 M. A. 3 AL. 0,5 Zn. 6×8 D. F. P. 34 cm. 200 r.). Peggioramento progressivo. Muore il 28-5-32.

CASO II. — A. Sergio, mesi 10. Ricoverato il 21 giugno 1932 per meningite tubercolare. Si praticano 5 irradiazioni. Muore il 3-7-32.

CASO III. — C. Lamberto, anni 6. Ricoverato il 16-10-32 per meningite tubercolare. Due sedute radioterapiche. Muore il 23-10-32.

CASO IV. — F. Francesca, anni 2. Ricoverata il 12-12-32 per meningite tubercolare. Tre irradiazioni. Muore il 19-12-32.

CASO V. — M. Iris, anni 5. Ricoverata il 14-I-33 per meningite tubercolare. Due irradiazioni. Muore il 21-1-33.

CASO VI. — I. Maria, anni 5. Ricoverata l'1-2-33 per meningite tubercolare. Quattro irradiazioni. Muore il 10-2-33.

N. B. — Per esigenze redazionali i riassunti delle storie cliniche sono riportati per esteso solo negli estratti.

CASO VII. — A. Antonio, anni 5. Ricoverato il 28-2-33 per meningite tubercolare. Quattro irradiazioni. Muore il 10-3-33.

CASO VIII. — P. Assunta, anni 7. Ricoverata il 16-3-33 per meningite tubercolare. Cinque irradiazioni. Muore il 26-3-33.

CASO IX. — D. Vilma, mesi 12. Ricoverata il 24-3-33 per meningite tubercolare. Sei irradiazioni. Muore il 12-4-33.

Riepilogando, in 9 bambini, dell'età da 10 mesi a 7 anni, affetti da meningite tubercolare, è stato provato il trattamento radioterapico, e in nessuno si è riusciti a scongiurare l'esito letale.

Riteniamo utile insistere sul fatto che i casi furono scelti in maniera da escludere le forme nelle quali l'affezione meningea poteva rappresentare l'epifenomeno di manifestazioni tubercolari diffuse in altre organi. Nei casi 1 e 6, infatti, l'indagine radiologica del torace fu completamente negativa, mentre nei casi 2-3-4-5-8 esisteva solo una modica accentuazione delle ombre ilari, cui si aggiungeva, nei casi 7 e 9, una infiltrazione parailare di lieve grado.

Tornando ad esaminare il decorso della meningite, nei malati da noi radioterapizzati, troviamo come il decesso si sia avuto, nella maggioranza dei casi, intorno al 20° giorno, nell'epoca cioè in cui di regola suole verificarsi.

Nel terzo, quarto, quinto caso, invece, la morte sarebbe avvenuta al 13°-14° giorno dall'inizio dei primi fenomeni patologici apprezzabili.

Non ci sentiamo autorizzati a sostenere senz'altro che un tale anticipo sia da imputarsi alla radioterapia praticata, ma è pure indubbio, e il fatto risulta dalla lettura delle storie cliniche, che, nella quasi totalità di casi, si ebbe a constatare un aggravamento dei sintomi, accentuato dopo ogni singola applicazione.

Tale constatazione era stata fatta, come abbiamo già riferito, anche da Moggi e da Wiener.

Solo nel caso nono tale aggravamento in rapporto alla radioterapia non apparve molto evidente, ma si trattò qui di una forma atipica di meningite tubercolare, con localizzazione iniziale e circoscritta alla corteccia motoria di un lato, essendosi poi generalizzato il processo solo negli ultimi giorni di vita.

Negli altri invece, in cui l'affezione meningea era tipicamente diffusa alla base fin dall'inizio, l'irrequietezza, il sopore, i tremori, la cefalea, e, in una parola, tutti i segni morbosi propri della malattia, andarono aggravan-

dosi a mano a mano che si susseguivano le applicazioni.

Nè può supporsi che tale fatto sia in rapporto col periodo troppo avanzato della malattia nel quale la radioterapia fu iniziata. Giacchè se nel caso 1° la prima applicazione ebbe luogo in 15ª giornata dal presunto inizio delle manifestazioni meningee, nel caso 2 ebbe luogo in 10ª giornata, nei casi 7 e 8 in 9ª, nel 13 in 8ª, nel 4-5 e 9 in 7ª, e nel 6 in 5ª.

E pertanto anche in questi ultimi 4 casi nei quali il trattamento è da considerarsi in modo assoluto precoce, il decorso e gli esiti furono invariati.

A che cosa sarebbe piuttosto dovuto tale peggioramento?

Secondo il Bòkay, dal punto di vista della patogenesi della morte per meningite tubercolare, avrebbe importanza fondamentale il momento meccanico, legato alle manifestazioni proliferative e flogistiche della base, per cui i più importanti centri vitali verrebbero ad essere compressi. L'effetto della terapia, sempre secondo questo A., si esplicherebbe eliminando simile meccanismo.

Ma, come giustamente osserva il Wiener, l'anatomia patologica dimostra che i fatti non sempre si svolgono in rapporto ad una compressione meccanica, potendosi avere dei focolai nettamente circoscritti, anche nei casi in cui la sintomatologia clinica aveva deposto in vita per una diffusione a tutta la base.

Non sembra dunque illogico pensare che in tale categoria di forme possano farsi rientrare quei rarissimi casi, esistenti nella letteratura, di meningite tubercolare guarita spontaneamente, nonchè quelli eventualmente guariti in seguito alla radioterapia.

La grande maggioranza degli altri casi, invece, rientra nel quadro delle lesioni diffuse, per le quali l'influsso dei raggi X non può essere che dannoso, per lo meno con i metodi sino ad ora impiegati.

A sostegno di tale ipotesi riportiamo infatti quanto ebbe recentemente a dichiarare il Béclère.

Tale autore ha dimostrato che, per quanto la radiosensibilità del sistema nervoso normale sia debole, non è pertanto insensibile del tutto all'azione nociva che i raggi X possono svolgere in date circostanze.

Le ricerche sperimentali fatte a questo proposito sull'encefalo dei cani e delle scimmie, hanno dimostrato la vulnerabilità delle cellule nervose e, sopratutto, la vulnerabilità incomparabilmente più alta della rete capillare delle meningi e dei plessi coroidei.

Le irradiazioni troppo forti, troppo ravvicinate o continuate per lungo tempo, con raggi molto penetranti, possono provocare addirittura delle lesioni distruttive o infiammatorie. Nella radioterapia delle affezioni croniche bisogna perciò preoccuparsi di questi eventuali accidenti meccanici, i quali sono dovuti principalmente a quella che i radiologi chiamano « prereazione ». Si verificherebbe cioè una dilatazione dei capillari sanguigni con iperemia e tumefazione edematosa, producentesi quasi immediatamente dopo una irradiazione sufficiente, e persistenti per un giorno o due almeno.

La reazione propriamente detta si mostra invece più tardi, dopo un periodo di latenza di 15-20 giorni.

La prereazione non può dunque che esagerare i fatti flogistici e ipertensivi già preesistenti.

Un tale andamento è stato studiato esaurientemente nel caso di tumori cranici, nei quali i sintomi gravi dovuti alla « prereazione » si sono manifestati quasi subito dopo l'irradiazione, con cefalea, vertigini, vomito, disturbi della visione, oppure crisi convulsive, e qualche volta coma e morte.

Il più importante dei fattori dai quali dipendono questi inconvenienti è rappresentato dal grado d'ipertensione preesistente, tanto da spiegare come una dose debole provochi accidenti anche seri, allorquando l'ipertensione era accentuata.

A ben più forte ragione potremo quindi spiegarci l'insuccesso terapeutico e il concomitante aggravarsi dei sintomi in una malattia spiccatamente ipertensiva, quale la meningite tubercolare, tanto più che le dosi impiegate furono alte.

Tutto considerato, in definitiva, ci sembra che nessuna base teorica suffraghi questa specie di terapia, la quale, d'altro canto, e per lo meno a noi, come ad altri ricercatori, non procurò che delusioni all'applicazione pratica.

RIASSUNTO

Gli AA., riportate le storie di 9 bambini affetti da meningite tubercolare, i quali furono sottoposti a trattamento radioterapico secondo il metodo di V. Bòkay, costatano i resultati assolutamente negativi ottenuti da simile terapia; la quale non trova appoggio nemmeno su premesse teoretiche, in quanto le esperienze di laboratorio e cliniche hanno dimostrato il pericolo di arrecare dei danni, facendo agire i

raggi X sopra tessuti nervosi già precedentemente malati.

LETTERATURA.

Z. V. Bókay. Jahrb. f. Kind., CXXXV, pag. 69.
Manicatide e Ghimus. Bull. Soc. Péd., Paris, IX, novembre 1932.
Moggi D. Riv. Clin. Ped., XXXI, 2 febbraio 1933, pag. 129.
Wiener C. Jahrb. f. Kind., CXXXVIII, 5, 6 marzo 1933, pag. 249.
Béclère A. IX Congresso Neurol. Internaz., 1928.

Consegnato in Redazione l'1 giugno 1933.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Semeiotica Medica della R. Università di Roma
Direttore: Prof. G. Bastianelli.

Bronchite pseudo-fibrinosa con eosinofilia.

Dott. Mario Bottaliga, aiuto.

Il caso clinico che brevemente esponiamo riguarda una donna di a. 47, nubile, mestruata irregolarmente da alcuni anni, con un'anamnesi remota senza malattie che possano essere in relazione con

Fig. 1.

la affezione per la quale fu sotto la nostra osservazione. Nel novembre 1930 cominciò a soffrire di violenti attacchi improvvisi di tosse, per lo più notturni, che si calmavano quando la malata cominciava ad espettorare: l'espettorato abbondante, schiumoso, biancastro, alle volte conteneva piccoli blocchetti di consistenza dura.

Nei mesi invernali è stata relativamente bene avendo degli accessi di tosse di minore intensità.

Alla metà di aprile 1931 la sintomatologia descritta si è ripresentata con maggiore intensità tanto da impedire spesso il sonno. Durante uno di questi accessi di tosse che si univa a senso di soffocazione ha emesso con l'espettorato un blocco denso e solido ramificato riproducente lo stampo dei bronchi, lungo tre centimetri e del diametro di mezzo centimetro. Con l'espulsione di tale stampo bronchiale cessò l'accesso di tosse e la dispnea. Esaminato tale blocco risultò costituito di un reticolo fibrillare e in tale reticolo solo ed esclusivamente un ammasso di cellule eosinofile. Nel sangue si aveva 10.700 leucociti e una formula leucocitaria con 28 % di eosinofili.

Il fenomeno si ripetè varie volte a pochi giorni di distanza; l'accesso notturno di dispnea e tosse risolveva con l'espulsione di impronte bronchiali descritte. Non aveva febbre. L'espettorato durante un accesso si fece fetido per alcuni giorni. A volte abbondante espettorazione schiumosa mista a l'emissione degli stampi bronchiali avveniva con abbondante espettorazione schiumosa mista a striature di sangue.

L'esame obiettivo della malata non dava nulla all'ascoltazione del torace, solo nel periodo dell'affanno si ascoltava qualche rumore bronchiale e una espirazione prolungata. Il 16 maggio essendo dispnoica e avendo senso grave d'oppressione venne fatta una radiografia del torace (fig. 1). Si notava un'ombra opacante, il campo polmonare medio sinistro uniforme, sfumata. Il giorno 18 venne espulso un grosso stampo bronchiale e il 19 maggio esaminata di nuovo radiologicamente si notò la scomparsa dell'ombra notata a sinistra. La malata ebbe nei primi giorni di degenza l'espettorato fetido.

L'impronta bronchiale espulsa risultò costituita all'esame microscopico di un reticolo fibrillare nel quale erano esclusivamente cellule eosinofile (1). La formula leucocitaria del sangue era: neutrofili 51 %, basofili 1 %, eosinofili 19 %, linfociti 21 %,

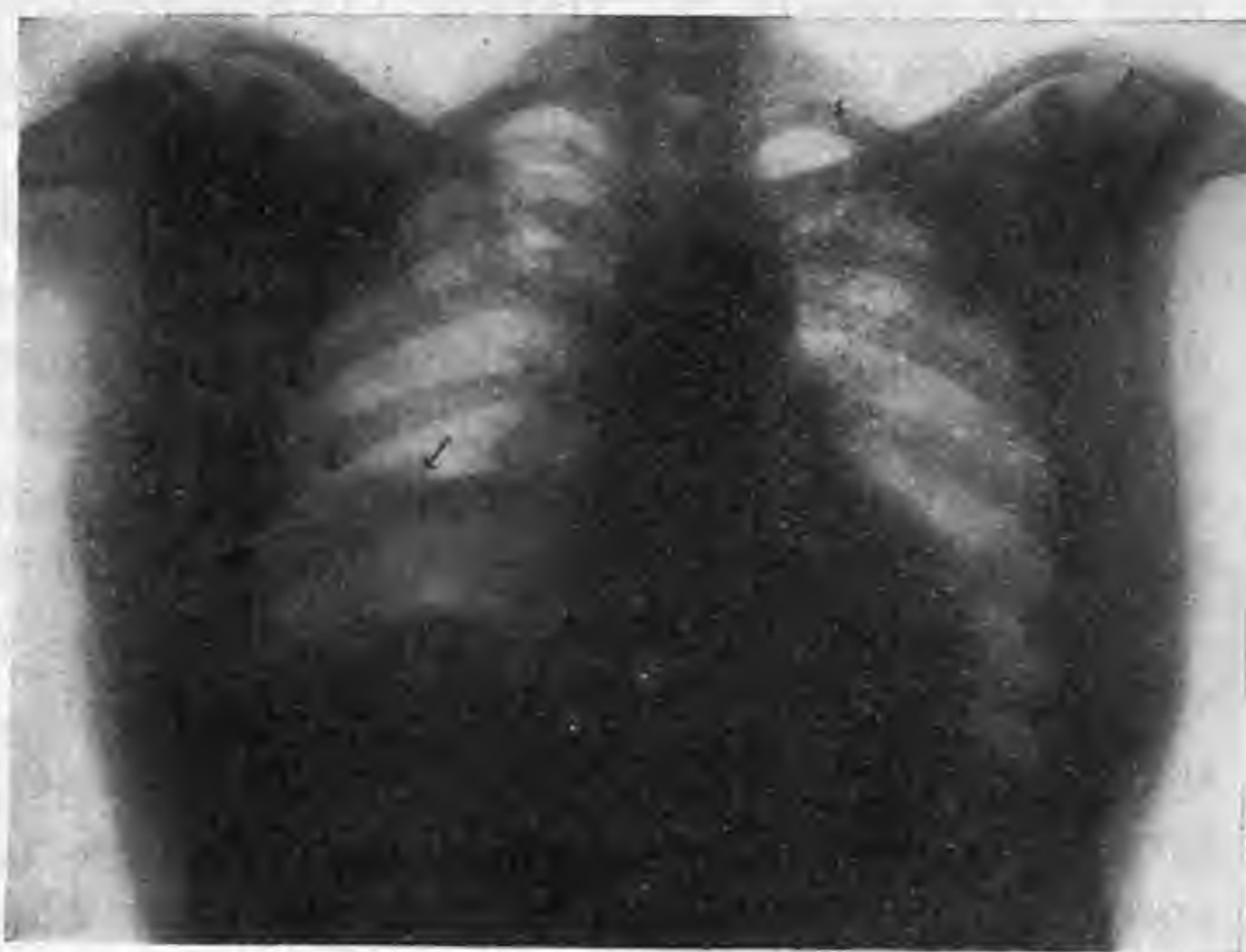



Fig. 2.

mononucleati 8 %. Le altre ricerche di laboratorio eseguite (Casoni, Weinberg, Wassermann) dettero esito negativo.

I fenomeni descritti dopo pochi giorni di benessere si ripeterono e il 26 maggio essendo dispnoica e con senso forte di oppressione veniva di nuovo eseguita una radiografia (fig. 2). La precedente ombra a sinistra era, come già si era osservato nei giorni precedenti, scomparsa. Si osservava invece a destra in basso una simile zona di opacità. Il diaframma a destra era sollevato e poco mobile negli atti respiratori. Finita la crisi con l'emissione il giorno dopo di vari stampi bronchiali, scompar-

(1) Il reticolo fibrillare era costituito da mucosità: con la colorazione secondo il metodo di Weigert non assumeva il colore blu, quindi si può escludere si trattasse di fibrina.

ve anche il reperto radiologico rapidamente e nulla radiograficamente era rilevabile dopo 5 giorni (fig. 3). Persisteva eosinofilia (tra il 20 % e il 28 %). Detti attacchi simili ai descritti si ripeterono nei mesi successivi. Attualmente si trova in buone condizioni di salute.

FIG. 3.

Si tratta di una malattia costituita da accessi di dispnea che terminano con l'emissione di stampi bronchiali contenenti esclusivamente in un reticolo cellule eosinofile. Il reticolo non era formato da fibrina. A questo si aggiunge una eosinofilia nel sangue molto elevata.

Nelle due crisi che abbiamo seguito, radiologicamente era dato di vedere che l'accesso dispnoico era accompagnato dalla rapida comparsa in una zona circoscritta del polmone di un'ombra sfumata che rapidamente scompariva dopo l'emissione degli stampi bronchiali.

Evidentemente tale quadro radiologico deve considerarsi l'espressione radiografica di zone di atelettasia polmonare circoscritte al territorio del bronco ostruito dal tappo mucoso. Si rilevò anche radioscopicamente che il diaframma era sollevato dal lato affetto (v. radiografia n. 2) e presentava una minore mobilità negli atti respiratori. Tale comportamento del diaframma è un fatto che è stato rilevato in casi di atelettasia polmonare. È da notare poi la rapidità con la quale scomparve tutto il quadro radiologico notato.

In questo caso si trattava certo di una rara malattia dei bronchi che può essere ravvicinata a quei casi di bronchite cosidetta fibrinosa e che sono stati messi in rapporto da alcuni con l'asma bronchiale. Nel nostro caso come si è visto con la colorazione secondo il metodo di Weigert si è potuto escludere che si trattasse di uno stampo bronchiale costituito da fibrina.

Che fra la forma morbosa presentata dalla nostra malata e l'asma bronchiale possano esservi delle affinità si può arguire dal ricco reperto di cellule eosinofile nell'espettorato e dal fatto che anche nell'asma bronchiale sono stati descritti tutti i gradi di transizione dall'espettorato mucoso caratteristico a quello a tipo fibrinoso (A. Schmidt) e che in espettorati di quest'ultimo tipo negli stampi bronchiali sono stati notati oltre gli eosinofili anche dei cristalli di Charcot-Leyden (Charcot, Friedrich, Zenker).

Differente però era l'aspetto dell'accesso dispnoico nella nostra malata da quello del comune asmatico. La dispnea si stabiliva gradatamente e raggiungeva un massimo di intensità dopo 1 o 2 giorni e cessava immediatamente quando gli accessi di tosse violenti riuscivano a fare espettorare l'impronta bronchiale. Allora la dispnea cessava e la malata tornava in pieno benessere. Lo stato dispnoico era dunque legato a un fattore essenzialmente meccanico rappresentato dalla formazione graduale del tappo bronchiale che finiva con l'occludere un grosso bronco e determinava l'atelettasia del campo polmonare corrispondente come radiograficamente si è potuto dimostrare. Che anche in questa forma morbosa vi siano fattori patogenetici endocrini e nervosi può essere ammesso. Fattori infiammatori non sembrano in causa. Possono forse alle volte sopravvenire come fatti secondari all'occlusione di un bronco. (Durante un accesso disponico la nostra malata ebbe espettorato fetido). Bisogna invece pensare a fattori costituzionali ed endocrini. Le osservazioni riportate di bronchiti di tipo fibrinoso simili al nostro caso durante un morbo di Basedow (casi di H. Weber e Fritzsche), e durante periodi speciali della vita della donna (mestruazioni, gravidanza) fanno pensare a possibili relazioni di questa rara forma morbosa con fattori endocrini o costituzionali (costituzione linfatica). Nella nostra malata si avevano disturbi mestruali in rapporto con la menopausa.

In conclusione pure ammettendo un certo grado di affinità tra la forma morbosa descritta e l'asma bronchiale ci sembra che l'andamento clinico presentato, la costatazione del fattore meccanico di occlusione di un grosso bronco e della consecutiva atelettasia polmonare, il rapporto tra questo fattore meccanico e la dispnea e la tosse, siano tutti dati che propendano per fare della forma morbosa descritta una cosa a sè e di non farne una speciale forma di asma essenziale.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce di una malata che presentava una rara forma morbosa caratterizzata da accessi dispnoici e di tosse che terminavano con l'espulsione di stampi bronchiali costituiti da muco e cellule eosinofile. V'era eosinofilia intensa nel sangue. Si dimostrarono radiograficamente zone di atelettasia polmonare durante gli accessi.

BIBLIOGRAFIA.

FRITZSCHE. Schmidts Jahrbücher, 237, pag. 219.
HART KARL. *Bronchitis fibrinosa* in Henke u. Lubarsch. Handbuch der speziellen pathologische anatomie u. histologie, vol. III, p. I, pag. 492.
SCHMIDT A. Zeitsch. f. Klin. Med., 1892, XX, p. 476.
SCHMIDT R. Zentr. f. Allg. Path. u. path Anat. 1899, vol. X.
WEBER H. Citato da HART KARL.

SUNTI E RASSEGNE

DISTROFIE

I fattori rivelatori nelle distrofie inapparenti.

(G. MOURIQUAND. *Presse Méd.*, 7 marzo 1934).

Esiste una serie di casi di carenza e di squilibrio del regime alimentare nei quali nessun sintomo, anche frusto, anche svelabile con i mezzi di investigazione attuali, compare.

L'A. ritiene che questi casi possano essere chiamati « inapparenti » poichè nè la qualifica di latente nè di virtuale sembra loro convenire. Simili per la mancanza di sintomi clinici alle infezioni inapparenti, questi casi ne differiscono non solo per l'etiologia, ma sopra tutto per la diversità dei mezzi rivelatori.

Fattori alimentari, fisiologici, infettivi, tossici e fisici possono, secondo le circostanze, agire non solamente nel senso della rivelazione, ma anche nel senso dell'inapparenza.

Fattori alimentari. Questi fattori possono agire come causa di squilibrio nutritivo e, su questa base di squilibrio da essi creata, come fattore di rivelazione o fattore di inapparenza.

La razione alimentare può assumersi uno di questi compiti sia per la sua quantità che per la sua qualità.

Una carenza alimentare data, per esempio, di una delle vitamine A, B, C, D o di fosforo, ha tanta maggiore probabilità di essere svelata quanto più la razione è larga, cioè ricca in calorie e tanto maggiore probabilità di restare allo stato frusto o inapparente quanto più la razione è ristretta.

Così il beri-beri resta frusto o inapparente nella inanizione relativa. Clinicamente lo scorbuto infantile si osserva più spesso nei lattanti largamente sottoposti ad una alimentazione carenzata che all'inizio almeno permette una crescenza vicina alla normale. Così per il rachitismo le manifestazioni sono in generale tanto più nette quanto più è larga l'alimentazione e per conseguenza più rapida la crescenza. Sperimentalmente un regime rachitogeno ristretto non permette di ottenere lesioni rachitiche tipiche.

Dai fatti clinici su riferiti risulta che la rivelazione della distrofia ha luogo quando, aumentando la razione, aumenta lo scarto fra calorie sovrabbondanti e la sostanza deficiente.

Per contro, quando l'alimentazione è deficiente, questo scarto diminuisce e la distrofia tende a passare allo stato frusto o inapparente.

La scarto calorie-vitamine appare dunque come un importante fattore di rivelazione.

Se, esistendo una avitaminosi unica, si provoca squilibrio su altri elementi della razione, questo squilibrio aggiunto può agire come fattore di rivelazione della distrofia. Questo squilibrio può essere ottenuto sia per sottrazione grossolana di un alimento complesso della razione sia, nelle razioni chimicamente dosate, per eccesso o deficienza di tale o tal'altra sostanza alimentare definita. La perdita dell'equilibrio della razione alimentare sembra agire dunque come rivelatrice, precipitando la comparsa dei segni dell'avitaminosi, mentre il ristabilimento dell'equilibrio agisce come fattore di inapparenza.

La vitamina ha dunque bisogno di una base alimentare equilibrata implicante una base nutritiva per poter esercitare pienamente il suo compito funzionale.

Queste constatazioni cliniche e sperimentali hanno naturalmente condotto allo studio analitico di diversi regimi, studio che ha permesso di stabilire dei rapporti precisi fra differenti elementi della razione e più specialmente fra certe sostanze minimali (vitamine o altre, e certe sostanze « massimali » di cui esse assicurano l'utilizzazione.

Numerosi sono i *fattori rivelatori di origine extralimentare*. Essi aggravano lo squilibrio occulto e perciò compromettono l'azione funzionale degli alimenti. Si possono distinguere due tipi di fattori di rivelazione extralimentari: i fattori fisiologici ed i fattori patologici.

Alcuni stati fisiologici hanno fra loro azione opposta. Alcuni possono mantenere lo squilibrio nell'inapparenza, altri agiscono come fattori di rivelazione.

Così la gestazione frena la comparsa dei sintomi di carenza da vitamina C, mentre la fine della gestazione li precipita. Delle donne affette da beri-beri inapparente asintomatico durante la loro gestazione, vedono bruscamente apparire i segni tipici della distrofia nei giorni che seguono al parto. Fatti simili sono stati segnalati per la tubercolosi, il diabete, la spasmofilia, l'anafilassi, ecc. Si tratta

di fatti di aspetto clinico differente, ma che testimoniano l'opposizione esistente fra gestazione e parto, la prima riducendo certi disturbi o malattie allo stato frusto o all'inapparenza, il secondo attivando bruscamente le loro manifestazioni e la loro evoluzione.

D'altra parte, se si considerano le differenti sindromi da carenza si constata che la maggior parte si sviluppano sopratutto durante i periodi di crescenza, e alcune di esse sono influenzate dall'assenza di crescenza, nel senso della inapparenza. Fatto questo assolutamente evidente per il rachitismo florido, tanto clinico che sperimentale, che esige per svilupparsi nettamente non una crescenza lenta, ma una crescenza accelerata.

Come spiegare il ruolo rivelatore della crescenza e sopratutto dell'ipercrescenza? Senza dubbio per il bisogno maggiore dell'organismo in sostanze minerali o di altra specie e per l'esagerazione del metabolismo basale, ma non è escluso che possano agire altre cause ancora ignote.

La maggior parte dei fattori patologici sono ignoti o mal definiti. Tuttavia lo studio di qualcuno di essi fa prevedere la loro importanza.

La clinica ha fatto presentire l'importanza delle infezioni come fattori di rivelazione di distrofie occulte, ma i fatti da essa apportati sono in genere troppo complessi per essere chiaramente dimostrativi. L'esame dei fatti dimostra che alcuni di essi, oltre alla quistione: infezione — fattore di rivelazione della distrofia, posano anche la quistione inversa: distrofia — fattore di rivelazione della infezione.

Certi fatti clinici dimostrano che l'infezione precipita la comparsa dei segni caratteristici della carenza A (xeroftalmia). Per contro la distrofia tende a rivelare l'infezione latente, a permettere la moltiplicazione e la virulenza di certi germi saprofiti.

Numerosi sono i casi di beri-beri in cui l'origine puramente alimentare sembra discutibile ed in cui può essere sostenuta l'importanza dell'infezione.

L'infezione agisce talora come fattore di rivelazione dello scorbuto inapparente.

Per il rachitismo, è noto che lo squilibrio Ca : P crea la distrofia basale inapparente che ha bisogno per rivelarsi di almeno due fattori essenziali: la crescenza attiva e la carenza solare. Ma ciò che ha meravigliato tutti i pediatri è che le cause rachitigene maggiori essendo presenti ed in particolare l'infezione e la tossinfezione, esse agiscono poco o punto nel bambino al seno, e trovano il loro terreno d'azione sui bambini sottoposti all'allattamento artificiale. L'equilibrio alimentare (bambino al seno) non crea dunque alcuno squilibrio nutritivo sul quale possano agire i fattori di rivelazione del rachitismo. Per contro l'allattamento artificiale crea uno stato di distrofia che può mai rivelarsi ed anche accompagnarsi ad uno stato di buona salute apparente, stato di squilibrio che si manifesta con la semeiologia frusta o affermata solo quando si urta in fattori rivelatori, come i fattori infettivi o tossinfettivi.

Alcune intossicazioni sembrano anch'esse capaci di rivelare o di precipitare l'evoluzione di certe distrofie. Così l'estratto tiroideo può accelerare le manifestazioni della carenza C e in certi casi della carenza A.

È qui il luogo di accennare alla concezione dei « dietotossici ».

Gli AA. hanno dimostrato che certe sostanze (specie l'olio di fegato di merluzzo) aggiunte in condizioni determinate a un regime equilibrato lasciano intatta la nutrizione ossea dell'animale. Se questo è sottoposto a un regime squilibrato, che per sè stesso non turba la nutrizione ossea, l'aggiunta di olio provoca gravi disturbi osteodistrofici. In questo caso, l'olio di fegato di merluzzo ha assunto, per il fatto dello squilibrio alimentare, una vera tossicità osteodistrofica; esso ha rivelato lo squilibrio alimentare e questo ha rivelato la sua tossicità che non gli appartiene in proprio, ma in rapporto ad uno squilibrio alimentare dato (dietotossicità).

Si vede, a lato dell'interesse biologico, l'interesse pratico di questa nozione di dietotossicità. Secondo essa, ogni medicazione attiva deve comportare l'esistenza di un equilibrio alimentare, grazie al quale essa può agire in un senso terapeutico favorevole. Lo squilibrio alimentare può far deviare la sua azione e trasformarla in fattore patogeno.

Fra i fattori fisici, oltre ai traumi, meritano particolare menzione i fattori metereologici (caldo, freddo, umidità, ecc.). La luce solare può essere fattore rivelatore, p. es., nella pellagra e nel rachitismo.

In conclusione, numerosi sono i fattori di rivelazione nelle distrofie inapparenti. Quando i fattori rivelatori, che possono associarsi ed agire sinergicamente, trovano gli individui in istato di squilibrio inapparente, essi richiamano sopratutto l'attenzione clinica del medico. Ma quando essi agissero, come nel beri-beri, su larghe collettività affette da questo squilibrio, il loro studio solleva importanti problemi di igiene e di profilassi sociale.

C. TOSCANO.

Sulle osteocondrodistrofie sistematiche della crescenza.

(R. MARZIANI. *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, 1933-34, n. 1).

Manca uno studio comparativo tra tutte le diverse malattie descritte sotto nomi diversi da vari AA. (malattia di Kaschin-Beck, osteartrite deformante di Weljaminow, pleonosteosi familiare di Léri, distrofia ossea familiare di Morquio, malattia di Silfverskiöld od osteocon-

dropatia multipla di Grudzinski, nanismo per disturbi dello sviluppo epifisario di Ruggles, nanismo per disturbi dell'ossificazione encondrale di Campell ecc.) e caratterizzate da alterazioni sistematiche di tutte le ossa, di origine encondrale, o limitate più o meno alle regioni meta-epifisarie delle ossa tubulari.

Tutte queste affezioni, sia nella forma endemica che in quella ereditaria e familiare, hanno tra loro parecchi punti di contatto. L'A. perciò ha fatto uno studio d'insieme di queste affezioni morbose riprendendo le osservazioni degli altri AA. e in base a otto casi da lui osservati nella Clinica Ortopedica di Milano.

Giunge alla conclusione che ci sono tra i vari casi delle piccole differenze di dettaglio che non possono però autorizzare a stabilire, sulla loro base esclusiva, delle entità cliniche distinte, perchè presentano una sintomatologia e un quadro radiologico fondamentalmente simile tra di loro.

La malattia infatti compare in tutti i casi nell'infanzia — nei suoi, l'età dell'inizio variava dai 5 mesi ai 6 anni —; i sintomi clinici iniziali consistono in alterazioni di tutto lo scheletro o di semplici parti di esso (colonna vertebrale, mani, anche ecc.); il decorso è cronico e progressivo; i pp. subbiettivamente si accorgono di disturbi crescenti della deambulazione e talvolta di una diminuzione della mobilità nei diversi segmenti degli arti superiori e della colonna vertebrale; spesso anche leggeri dolori.

Obbiettivamente, si notano alterazioni delle articolazioni e delle reg. iuxta-articolari con limitazione dei movimenti non per contrattura muscolare ma per un ostacolo osseo; queste alterazioni sono simmetriche.

A seconda che queste alterazioni risiedano nella articolazione o nella zona juxta-articolare, ricordano rispettivamente l'artrite deformante o le difformità statiche (coxa vara, genu valgum ecc.). Spesso le due localizzazioni coesistono.

La malattia non è mai circoscritta, ma interessa tutto lo scheletro e solo qualche volta alcune ossa vi partecipano più intensamente. Le alterazioni della faccia che ricordano il tipo mongoloide, come anche quelle della sella turcica, non sono costanti.

La radiografia mostra la presenza di alterazioni dell'ossificazione encondrale più o meno intense in questo o quel segmento e consistenti in irregolarità di forma e di struttura delle zone di ossificazione e specialmente dei nuclei epifisari, delle cartilagini diaepifisarie, dei corpi vertebrali delle ossa del carpo e del tarso. Talvolta in corrispondenza dei nuclei ossei si rinvengono delle zone d'opacità calcarea che l'A. ha potuto in un caso studiare istologicamente: si trattava di focolai di calcificazione perivascolare della cartilagine, interpretati dall'A. come tentativo da parte dell'organismo di supplire alla mancanza del nucleo osseo o di una sua parte.

Nei casi avanzati, le lesioni rivestono i caratteri dell'osteocondrosi deformante, ed esiste anche un'analogia radiografica tra queste lesioni, le distrofie epifisarie circoscritte della crescenza, le malacie locali.

Le alterazioni a carico della colonna vertebrale consistono, all'inizio della malattia, in un semplice abbassamento dei corpi vertebrali, e, in seguito, in deformazioni di essi che assumono l'aspetto delle vertebre cuneiformi con conseguente cifosi o scoliosi a seconda che la base sia rivolta in dietro o di lato.

Un altro dato interessante che avvicina tra loro tutte queste malattie è lo stato rudimentario di qualcuna delle ossa del tarso e del carpo.

Per quanto riguarda l'etiologia, trattandosi di una malattia sistematizzata, l'A. pensa che possa escludersi come causa un disturbo di circolo, che per disturbi della nutrizione determini fatti di necrosi, come invece altri AA. vorrebbero (Axhausen, Koenig, Fasiani ecc.). Così anche il rachitismo tardivo, perchè mancano i segni caratteristici di questa malattia e perchè i disturbi cominciano in questi pp. nella prima infanzia.

L'A. è piuttosto propenso ad ammettere come fattore eziopatogenetico stati tossici o discrasici e specialmente turbe endocrine.

L'A. conclude il suo lavoro, proponendo di raggruppare tutte le malattie descritte dai vari AA. sotto il nome di « osteocondrodistrofia sistematizzata della crescenza ».

Non conoscendosi perfettamente la sua etiologia, un trattamento causale manca; quello palliativo consiste nel correggere le attitudini viziose e nel conservare la mobilità articolare.

G. GENTILE.

DIABETE.

Sull'ereditarietà del diabete.

(L. GROTE. *Mediz. Klinik.*, 9 febbraio 1934).

La frequente comparsa del diabete in alcune famiglie già da tempo l'ha fatta considerare quale malattia direttamente o indirettamente ereditaria; d'altra parte la sua diffusione che sembra sia in « crescendo » ha richiamato recentemente una serie di ricercatori e di clinici allo studio delle leggi che governerebbero tale trasmissione, specie nell'intento di stabilire la « prognosi ereditaria » dei diabetici e possibilmente le misure atte a limitare la procreazione dei nuovi candidati alla tanto temibile alterazione del ricambio.

Un riassunto degli studi del genere, arricchito da osservazioni e considerazioni personali ci viene presentato dall'A. Egli include nella sindrome diabetica tutte quante le glicosurie indipendentemente dalla gravità o dalla patogenesi, considerandole fondamentalmente quale espressione dello stesso disturbo.

Quale premessa viene stabilito che l'eredita-

rietà del diabete è soggetta alle leggi Mendeliane; la regolarità però di tali leggi non può essere dimostrata nel dato caso per la molteplicità dei fattori causali della sindrome glicusorica; poichè è noto che le formule mendeliane trovano tanto maggiore riscontro nella realtà, quanto meno complesse sono le cause generanti un carattere ereditario (Haecker).

Anche il fatto che le forme leggere sfuggono all'osservazione e che la malattia può manifestarsi in qualunque età (anche posteriormente all'esecuzione della statistica) contribuisce alle difficoltà dello studio.

Trascurando le statistiche minori l'A. cita quali attendibili le cifre i Finke e Seckel, di Schmitz, di John, di Priesel, Wagner ecc., eseguite su migliaia di ammalati; a parte qualche discrepanza in più o in meno la tara negli ascendenti si riscontrerebbe in circa 25 % dei casi.

La percentuale del diabete famigliare è naturalmente superiore a quello ereditario. È degna di nota la frequenza della malattia fra i fratelli e le sorelle degli infermi; qui però i dati variano molto a seconda degli AA. Mentre Finke avrebbe constatato che 15 % dei congeneri sono pure essi diabetici, i dati di Grote parlano di 4 % (in questo ultimo caso sempre 10 volte più frequente dell'incidenza del diabete in genere). Secondo l'A. tale differenza dipenderebbe in gran parte dalle condizioni sociali della popolazione: la frequenza dell'infermità sarebbe direttamente proporzionale al numero dei figli. D'altra parte l'ereditarietà della malattia si renderebbe più manifesta nei casi di prole poco numerosa.

Dai dati raccolti si può desumere che il diabete costituisce un carattere recessivo nel senso di Mendel. Alcune osservazioni in cui esso si sarebbe trasmesso come carattere dominante non possono costituire che delle cccezioni; infatti, nel caso inverso la malattia avrebbe una diffusione molto più accentuata.

Se tutti due i genitori sono diabetici la percentuale dei figli tarati dovrebbe essere uguale a 50 % (per analogia al noto esperimento di Mendel di incrociamento di due omozigoti recessivi); l'A. ha potuto confermare l'esattezza di tale cifra nei casi del genere; cita 4 famiglie con 21 figli di cui 10 diabetici.

La complicata causalità ontogenetica del diabete, la sua parentela con altre malattie del ricambio (obesità, gotta, artritismo nel senso lato), le sue relazioni costituzionalistiche fanno pensare che l'ereditarietà di esso esiste in quanto si tratta di trasmissione di un fattore, « poligeno ». Praticamente, a malgrado della legge di Haecker (v. s.), il diabete può essere considerato, come abbiamo già visto, quale carattere ereditario recessivo.

Per quel che riguarda la possibilità di formulazione della prognosi ereditaria dei diabetici l'A. mettendosi sul punto di vista della politica demografica « attiva » (realizzata ora in Germania mediante la sterilizzazione dei tarati) rileva le molteplici difficoltà che essa implicherebbe; nella maggior parte dei casi sarebbe impossibile di escludere o di ammettere a priori la prognosi sfavorevole per due individui provenienti da famiglie in cui era presente il diabete. Dovrebbe essere però proibito il matrimonio di un diabetico con una donna di cui l'ascendenza è stata tarata (oppure questo dovrebbe essere sterilizzato). A maggior ragione tali provvedimenti vanno applicati ad una coppia di diabetici.

Nello studio delle misure demografiche atte a inibire la procreazione di possibili diabetici, va però tenuto conto che la minorazione degli affetti da sindrome glicosurica è solo relativa, limitata al solo campo del ricambio; essi possono rappresentare degli elementi utili della società, che convenientemente curati sono uguali o talora superiori agli altri nel loro rendimento fisico (anche nel campo sportivo) e sopratutto intellettuale. S. MINZ.

Contributo allo studio del diabete in chirurgia.

(C. CICERI e G. ARRIGONI. *Arch. Ital. Chir.*, vol. XXXV, fasc. 3).

Gli AA. dicono come attualmente il diabete grazie al perfezionamento della tecnica operatoria, ed alla scoperta della terapia insulinica, non sia più una controindicazione ad ogni intervento chirurgico, infatti la mortalità operatoria che si aggirava dal 30 al 50 % è stata su 497 casi nella clinica dei Mayo di 1-2 %.

Gli AA. hanno applicato un trattamento preoperatorio, esclusi i casi di urgenza, ed uno post-operatorio. Alla terapia insulinica è stato associato un opportuno regime dietetico composto di proteine, carboidrati e grassi, tale da costituire una alimentazione sufficiente e da comportare un giusto rapporto tra sostanze chetogene ed antichetogene.

Riportandosi anche alle opinioni del Fasiani e del Villa hanno preferito alle piccole dosi di insulina con restrizione nella alimentazione dei carboidrati, le dosi generose dell'ormone associate ad una larga somministrazione di zuccheri (fleboclisi con soluzione glucosata 47 ‰), per diminuire l'acidosi e per evitare anche le brusche oscillazioni del tasso glicemico, che possono provocare coma ipoglicemico anche con glicemia alta.

Riguardo al resto hanno adottato i presidi terapeutici del caso, con la cautela però di non servirsi nei limiti del possibile di farmaci (adrenalina, chinina, pituitrina, stricnina) di azione antagonista all'insulina.

Nei malati insulino-resistenti gli AA. hanno utilmente associata la somministrazione di solfo sia per via enterale, sia come sulfar piretogeno (cc. 2-5 a giorni alterni).

Su 6 individui diabetici operati per malattie indipendenti dall'alterazione del ricambio

dei carboidrati (ernia strozzata, cancro delle mammelle, cancro del retto, stenosi pilorica, appendicite, ipertrofia prostatica), hanno avuto un solo caso di morte (cancro della mammella). Hanno osservato in un secondo gruppo dei diabetici affetti da malattie che possono avere un'influenza diretta o indiretta nel metabolismo dei carboidrati: in 3 casi di colecistite e uno di colecistite e coledocite con glicosuria e iperglicemia, operati con colecistectomia e in 2 casi anche drenaggio del cistico, hanno ottenuto la scomparsa, al massimo in 7 giorni, della glicemia e glicosuria; in alcuni casi di pancreatite acuta, sub-acuta e cronica, la iperglicemia e la glicosuria vennero scarsamente influenzate dal trattamento insulinico, e invece migliorarono e in alcuni casi perfino scomparvero dopo l'intervento chirurgico; in alcuni casi di morbo di Basedow con glicemia superiore al normale (fino a 1,55 ‰) l'equilibrio del metabolismo dei carboidrati si è ristabilito dopo asportazione di parte della glandola.

In casi di diabetici, affetti da una complicanza del diabete stesso, gli autori riferiscono di alcuni casi di gangrena diabetica, in 3 dei quali si dovette intervenire con l'amputazione dell'arto affetto, e che guarirono perfettamente dopo l'intervento.

Gli AA. riferiscono infine di 2 individui nei quali si intervenne chirurgicamente per ottenere la scomparsa o la attenuazione della sintomatologia dovuta all'alterato ricambio dei carboidrati: venne praticata la enervazione bilaterale delle surrenali, dopo di che si notò un abbassamento della glicosuria e della glicemia senza però un ritorno alle cifre normali. Hanno inoltre studiato il comportamento delle curve glicemiche dopo somministrazione di glucosio in un terzo soggetto non diabetico, in cui si era intervenuti per un morbo di Bürger con la enervazione della surrenale sinistra.

Da queste osservazioni gli AA. concludono che l'enervazione delle surrenali, riducendo la secrezione dell'adrenalina, ormone ad azione iperglicemizzante, per il suo potere stimolatore della glicogenolisi intraepatica, riduce nel diabetico l'iperglicemia, mentre si manifesta d'altro lato una maggiore attività dell'increto pancreatico, dovuta alla scarsezza dell'ormone antagonista. Per tale ragione la quantità di insulina secreta dal pancreas è sufficiente a mantenere, qualora si limiti la introduzione dei carboidrati, l'equilibrio nel metabolismo degli zuccheri; ed inoltre in questi operati si manifesta una maggiore sensibilità alla somministrazione di insulina.

Ne risulta che la enervazione delle surrenali può essere indicata nei diabetici gravi con alterazioni circolatorie degli arti e sopratutto nei soggetti insulino-resistenti, mentre è controindicata nei casi insulino-sensibili con facili manifestazioni di coma ipoglicemico.

U. BRACCI.

ORGANI DIGERENTI.

Il dolore anorettale ed il suo significato clinico.

(L. J. HIRSCHMAN. *Journal Amer. Med. Assoc.*, 3 febbraio 1934).

Il dolore della regione ano-rettale ha di particolare il fatto che esso è l'esponente d'irritazioni viscerali e cutanee. In effetti non esiste una netta demarcazione tra la cute della regione perianale e la mucosa anale: un tessuto si continua nell'altro con una graduale trasformazione.

Ogni lesione di questa parte provoca vivo dolore, la cui acutezza è aumentata dalla grande mobilità della parte stessa.

La causa più comune di tali dolori è di origine traumatica. L'iperdistensione dello sfintere provocata dall'espulsione forzata di feci dure, scibolose, la presenza di piccoli corpi estranei nelle pliche anali, determinano dolori improvvisi, acuti.

L'espulsione di tali feci dure come di sostanze ingerite a scopo medico (composti di bismuto, di bario, caolino) possono provocare lacerazioni di fibre dello sfintere, ma il fatto che provoca il dolore è il più delle volte il solo spasmo dello sfintere stesso prodotto per via riflessa.

Anche nel caso delle ragadi anali è lo spasmo muscolare quello che provoca il dolore, spasmo che è tanto più forte in relazione al fatto che numerose terminazioni nervose si trovano allo scoperto.

Le ragadi o le lacerazioni della mucosa anale possono essere provocate da rapidi ed improvvisi movimenti del corpo (starnuto, tosse, sforzi muscolari, parto).

Gli stessi fattori possono anche produrre una improvvisa rottura di qualcuna delle numerose piccole vene che circondano l'orifizio anale con la produzione di emorragie nei tessuti circostanti. La pressione esercitata dal sangue sulle terminazioni nervose provoca intenso dolore, che può essere seguita da una dolenzia più o meno continua.

L'ulcerazione dell'orifizio come delle pliche anali è spesso una conseguenza di una lesione traumatica.

Il passaggio di corpi estranei ingoiati (pezzi di osso, buccie dure, noccioli di frutta, semi puntuti, ecc.) può produrre lacerazioni della mucosa accompagnate da dolore intenso, spesso agonizzante, e spasmo dello sfintere. Lo stato infiammatorio di solito si diffonde alle circostanti papille anali, che diventano edematose, rosse, accrescendo le sofferenze del paziente. Tali alterazioni sono traumatizzate dalle defecazioni che diventano sempre più penose.

D'altra parte i grumi sanguigni costituenti l'ematoma così formatosi, se non sono subito riassorbiti, costituiscono un eccellente terreno

di cultura per i microrganismi. Pertanto si produce un ascesso perianale.

Il dolore anorettale di inizio più graduale può essere di origine congestizia, infiammatoria, ulcerativa o infettiva.

Quando il dolore è ottuso, si aggrava con il passaggio delle feci e persiste dopo la defecazione, è per lo più prodotto da emorroidi interne. Esso può diffondersi alla regione sacrale, agli inguini, alle coscie.

Se le emorroidi sono prolassate e strozzate il dolore diventa molto intenso e non cessa fino a quando lo strozzamento ha prodotto una necrosi che investe anche le fibre nervose.

Se il dolore si accentua progressivamente ed è accompagnato da un senso di pulsazione e da aumento di difficoltà nella defecazione si deve pensare alla suppurazione. L'ascesso perianale ha origine di solito da infezione delle pliche anali o di un ematoma perianale. In questo pure il dolore è persistente e si accentua sempre più.

Il dolore anorettale può costituire anche il segno di affezioni di organi contigui.

L'uretrite posteriore, la prostatite, le vesciculiti possono manifestarsi con dolori riferiti all'ultima porzione dell'intestino. L'ascesso prostatico spesso rivela la sua presenza durante la defecazione.

La calcolosi vescicale, le varie forme di cistiti possono dare dolore rettale durante la defecazione, con dolori irradiati verso il funicello spermatico ed i testicoli.

Anche le lesioni traumatiche e le malattie del coccige e del sacro si manifestano talvolta con dolori anorettali.

Nelle donne le affezioni delle trombe e delle ovaie non di rado provocano dolori rettali. Le ipertrofie e le aderenze uterine provocano dolore durante la defecazione. Le infiammazioni pelviche o uterine provocano gli stessi disturbi, e le ipertrofie del collo dell'utero talvolta premendo il retto contro il sacro provocano dolori anali e talvolta anche impedimento alla defecazione.

Il prolasso del retto provoca dolore ottuso, prolungato, esacerbantesi durante gli sforzi della defecazione.

Il dolore anale può essere urente come avviene durante l'emissione di feci liquide specie negli stati tossici e nelle coliti.

Tutte le affezioni accompagnate da diarrea (dissenteria, enterocolite, tubercolosi intestinale, poliposi) provocano macerazione e denudamento dei tegumenti perianali, donde dolore a carattere urente.

Le stesse cause possono produrre il prurito anale, il quale può essere causato da tutte le lesioni infettive, irritative o traumatiche dei tessuti perianali, ma anche da irritazioni della vagina e di altri organi contigui. In ogni caso conviene indirizzare l'esame alla ricerca di parassiti.

Le affezioni neoplastiche dell'intestino grosso e dell'ampolla rettale possono essere causa di atroci dolori rettali. Tuttavia questi non sono così precoci da mettere sull'avviso tempestivamente.

Spesso si hanno sintomi di occlusione rettali, emorragie, diminuzione di peso prima che si manifesti il dolore.

Il trattamento del dolore anorettale deve essere indirizzato alla cura della lesione o della malattia che lo produce.

I rimedî sintomatici sono parecchi. L'uso dell'oppio e dei suoi derivati non dà quei risultati che si potrebbero attendere.

Come mezzo immediato per calmare il dolore giovano sopratutto le applicazioni calde sia sotto forma di bagno generale sia sotto forma di compresse locali.

Nei casi gravi bisogna ricorrere alla limitazione delle defecazioni.

Giovano anche gli enteroclismi di soluzioni saponate, ma devono essere praticati con cannule molli, flessibili.

Buoni rimedii per produrre l'anastesia delle superficie erose o infiammate sono l'aminobenzoato di etile, il clorbutanol, la nupercaina che possono essere somministrati anche in suppositorî.

Per ottenere un duraturo alleviamento del dolore giovano le iniezioni sottocutanee di idroclorato di chinino-urea al 2-5 %. DR.

Il tessuto pancreatico nella parete dello stomaco.

(E. S. J. KING e P. MACCALLUM. *Archives of Surgery*, gennaio 1934).

Gli AA. riferiscono quattro casi di tessuto pancreatico contenuto nella parete dello stomaco. Due pazienti avevano una storia di sofferenze gastriche e l'esame radiologico mostrava uno spasmo del piloro o della grande curva, nel terzo si è trattato di un reperto autoptico, e il quarto era stato operato di ulcera gastrica.

Macroscopicamente gli AA. hanno notato dei noduli della grandezza di un pisello a carico della parete dello stomaco, qualche volta in rapporto con la sierosa o con lo strato muscolare oppure nello strato mucoso. All'esame microscopico è stato messo in evidenza il tessuto pancreatico e qualche volta è stata notata la presenza delle isole di Langherans.

1) Dallo studio di questi quattro casi e da una revisione della letteratura sull'argomento gli AA. concludono che il tessuto pancreatico ha origine dall'epitelio dello stomaco sotto l'azione di stimoli anormali, e non da residui cellulari di tessuto pancreatico inglobato nella parete gastrica durante la vita embrionaria.

2) Come ragioni di queste asserzioni adducono i seguenti fatti:

A) Questo tessuto è connesso direttamente o indirettamente coll'epitelio sovrastante.

B) La continuità di questo tessuto coll'epitelio gastrico può senza dubbio essere dimostrata in qualche caso.

C) Il tessuto si rinviene principalmente — se non interamente — negli adulti e sopratutto nei vecchi; questo suggerirebbe uno sviluppo postnatale.

D) La distribuzione del tessuto pancreatico nello stomaco corrisponde a quella di lesioni senza dubbio acquisiste, come un'ulcera gastrica.

E) Nessuna connessione morfologica si trova tra queste masse e il pancreas.

F) Il tessuto pancreatico non si rinviene come una massa di tessuto che occupa una porzione della parete, ma è intimamente connesso con le strutture della parete dello stomaco.

3) Esistono delle ragioni che fanno pensare che le varie spiegazioni embriologiche che sono state finora proposte sono inadeguate e non sono al corrente con le attuali leggi embriologiche.

Queste ragioni sono dovute ai recenti studi i quali hanno mostrato che la potenzialità di cellule adulte a proliferare e cambiarsi in quelle di altri tipi non è sempre perduta, ma è ritenuta in vari gradi nei differenti tessuti. Alcuni tessuti conservano in certi limiti una straordinaria capacità a crescere e trasformarsi in altri tessuti; la nuova formazione della membrana sinoviale e dei menischi (Key e A. Gibson), lo sviluppo di una nuova lente dall'iride dopo la rimozione della lente originale (Sato) e lo sviluppo di ghiandole intestinali e gastriche dell'epitelio della cistifellea (King 1930) sostengono questa asserzione. R. Martone.

Esofagoplastica pretoracica: la röntgenterapia arresta la secrezione gastrica e permette la formazione del tubo cutaneo senza fistolizzazione.

(Ruge E. e A. Püschl. *Arch. Klin. Chir.*, Vol. 175, f. 2, pag. 181, 1933).

Nonostante i buoni risultati che si possono avere con la dilatazione progressiva di una stenosi esofagea, esistono pur sempre casi in cui questa non è possibile e in cui occorre rivolgersi all'esofagoplastica. I metodi di raggiungere questo scopo sono numerosi e forse il più antico è ancora quello più usato nella tecnica di Bircher-Lexer. Questa consiste in una esofagostomia cervicale e in una gastrostomia: le due stomie vengono unite poi con un tubo di pelle creato a spese del torace. Però tanto nell'unione del tubo di pelle con l'esofagostomia che in quella con la gastrostomia, si formano facilmente dei seni fistolosi dovuti alla secrezione gastrica e che fanno sì che solo 1/3 dei casi, e dopo parecchi interventi, raggiungano veramente lo scopo prefissosi dal chirurgo.

Il tubo intermedio secondo Wullstein è fatto da un'ansa del tenue; secondo Roux-Herzen-Lexer il digiuno viene sezionato; il moncone inferiore portato in alto sotto la pelle del torace, il moncone superiore anastomizzato a questo. Con altre varietà di tecnica sono stati usati il colon e lo stomaco stesso.

Il Ruge, in un caso operato con successo, ha usato il metodo di Fink: ha cioè sezionato il duodeno e chiuso il moncone duodenale e applicata una G. E. alta. Mobilizzata la grande e la piccola curva lo stomaco è stato fatto passare attraverso l'ottavo spazio sotto la cute del torace in modo che il piloro raggiunse la linea mammillare. In un secondo tempo eseguì una esofagostomia cervicale, e infine in un terzo tempo il tubo di pelle che poi unì in alto e in basso alle stomie in modo da completare il neoesofago.

Dopo il primo tempo, poichè parte della secrezione gastrica rigurgitava e mancava la pelle, l'A. fece applicare una irradiazione intensa sullo stomaco, nella sua porzione sottocutanea. Cessò dopo pochi giorni la secrezione e la peristalsi. L'irradiazione fu rinnovata in quanto la secrezione gastrica era ricomparsa alla fine del terzo tempo e la fistola costituitasi all'unione del tubo di pelle con il piloro non si chiudeva. Solo in questa maniera fu possibile di completare l'intervento.

Nell'esecuzione della plastica l'A. fu costretto a un tempo supplementare per applicare una gastrostomia temporanea durante la sutura del tubo di pelle e per resecare il piloro, che contraendosi sbarrava l'entrata nello stomaco del bolo alimentare.

Il malato guarì operativamente entro sei mesi con risultato funzionale ottimo in quanto può nutrirsi anche con cibi solidi.

P. Valdoni.

Perforazione di ulcere peptiche digiunali post-operatorie.

(Makkas. *Bruns' Beit.*, vol. 159, 1934).

L'A. ha raccolto e studiato dalla letteratura 170 casi di perforazione di ulcera peptica digiunale post-operatoria (u. p. j.).

L'u. p. j. si perfora molto più raramente dell'ulcera gastrica o duodenale. L'operazione che più di frequente dà luogo all'u. p. j. che poi si perfora è la gastroenterostomia; su 127 casi in cui era nota l'operazione precedente vi erano 127 g. e., 9 g. e. + esclusione pilorica, 14 resezioni sec. Billroth II. È di gran lunga più frequente la perforazione di u. p. j. dopo g. e. anteriore che dopo g. e. posteriore; ciò è dovuto al fatto che la g. e. anteriore è libera nel peritoneo. mentre la posteriore è protetta dal colon e dal mesocolon che aderiscono precocemente alla sede dell'u. p. j.

È più frequente la perforazione di un'ulcera digiunale che di una gastro-digiunale; questo dato però non è certo perchè spesso è difficile stabilire la sede precisa dell'ulcera peptica.

La malattia che ha portato alla prima operazione causa dell'u. p. j. è di frequente una perforazione di ulcera gastrica o duodenale (21,8% dei casi); se ne può trarre la conseguenza che la g. e. dopo perforazione predispone partico-

larmente all'origine di un'u. p. j. che ha particolare tendenza alla perforazione. Esiste in alcuni malati una alta tendenza alla perforazione, e ciò è anche provato dal fatto sorprendente che malati curati e guariti di una perforazione di u. p. j., con sutura dell'ulcera, possono presentare in seguito ancora una o più volte una perforazione della stessa ulcera o di una nuova ulcera peptica. Questa perforazione recidiva si presenta, secondo la statistica dell'A. nel 21,6 % dei casi in cui è lasciata la condizione causa dell'u. p. j. La recidiva si può avere 2 volte (5 casi) e 3 volte (1 caso). Questo dato è nettamente in opposizione alla grande rarità con cui recideva la perforazione di ulcere gastriche o duodenali. Non è possibile stabilire la ragione di questo fatto. È importante notare che le u. p. j. perforate più volte sono nel maggior numero dei casi secondarie a g. e. anteriore.

I sintomi della perforazione di u. p .j. sono simili a quelli della perforazione di ulcere gastro duodenali; però il dolore di pressione e la difesa muscolare sono più spiccati a sinistra della linea mediana anzichè a destra come nel caso di ulcere gastro-duodenali.

La diagnosi è facile se si tiene presente il pregresso intervento sullo stomaco. Nei casi di perforazioni ripetute il malato stesso fa la diagnosi.

Per quanto riguarda la cura l'A. dall'esame dei metodi impiegati e dei risultati ottenuti, conclude che deve essere preferito il metodo radicale (resezione), quando lo stato generale del malato permetta il grosso intervento, e le condizioni locali non ne rendano eccessivamente difficile l'esecuzione. L'operazione radicale deve essere preferita: poichè l'u. p. j. generalmente non guarisce dopo la semplice sutura c'è sempre da temere una nuova perforazione; l'ulcera digiunale cronica non viene influenzata dalle cure conservative cosicchè è in genere sempre necessaria la cura radicale dopo la guarigione della perforazione.

P. STEFANINI.

MISCELLANEA.

Anemia e stati anginosi.

(A. H. ELLIOT. *Amer. Journ. Med. Sc.*, 2-1933).

L'A. riferisce il caso di una donna di 55 anni, non luetica, sofferente per anemia cronica ed epistassi recidivanti; essa cominciò a presentare negli ultimi anni di vita, tipici attacchi anginosi, che si accentuarono in occasione di una leggera forma febbrile.

La paz. morì in seguito ad un'operazione d'urgenza per ostruzione intestinale; all'autopsia fu trovato un cuore ipertrofico, ma del resto normale; lo studio macro e microscopico delle coronarie e dell'aorta non rivelò alcuna lesione.

L'A. spiega l'ipertrofia con l'aumento della gittata sistolica dovuto all'anemia, e capace di provocare — alla lunga — una ipertrofia miocardica; e ritiene che, in queste condizioni, qualsiasi superlavoro imposto al miocardio rendesse insufficiente il circolo coronario e scatenasse un attacco doloroso, dovuto appunto all'ischemia delle fibre cardiache.

Il caso dimostra dunque che l'angina di petto può manifestarsi indipendentemente da ogni lesione del cuore, delle coronarie e dell'aorta.

A conferma della sua interpretazione patogenetica l'Autore cita alcuni studi precedenti, ricordando come sia stato il Cabot nel 1926 a notare per il primo che, negli anemici perniciosi, si possono avere attacchi di angina pectoris senza lesioni del miocardio e delle coronarie.

A questo stesso argomento due autori Americani, L. B. Laplace e M. P. Cram ambedue ospiti della Clinica medica di Lipsia (prof. Morawitz) portano un contributo fisiologico sperimentale (*Am. Journ. Med. Sc.*, 2-1934).

Essi hanno visto che facendo compiere ad un muscolo scheletrico, in cui sia stato prodotto uno stato di ischemia, un certo lavoro, l'affaticamento si produce con più rapidità e si accompagna a crisi di violento dolore.

Trasportando questi risultati nel campo della patologia umana e particolarmente della cardiologia, gli autori ravvisano nelle crisi dolorose del cuore (angina di petto) l'effetto dello stato di ischemia miocardica dipendente dall'ostacolato circolo delle coronarie.

A spiegare perchè il rapporto tra dolore e coronarite non sia costante, essi ritengono che il dolore insorga tutte le volte che il miocardio sia ancora in grado di aumentare la sua capacità lavorativa in modo da superare i limiti impostigli dalla scarsezza della circolazione coronaria: allora l'ischemia, da relativa si fa assoluta, e scoppia il dolore.

Ma se il miocardio è così leso che non può più elevare il suo lavoro sino a questo limite, non si determineranno le cause indispensabili alla comparsa dell'attacco anginoso.

V. SERRA.

Ricerche cliniche e sperimentali sul tono della muscolatura striata: interventi sul simpatico nella paralisi spastica.

(H. KAZUMOV. *Archiv. für klinische Chirurgie.* Vol. 175. Parte II, 1933).

Lo studio del problema della innervazione vegetativa della muscolatura scheletrica, iniziato dal 1904 ed al quale molti AA. italiani hanno portato contributi notevoli, non ha ancora dato i risultati pratici che ci si sarebbe aspettati.

È invece uno scopo eminentemente pratico quello che ha spinto l'A. a studiare l'azione *tonotropa* che l'innervazione simpatica ha sulla muscolatura scheletrica. Egli ha speri-

mentato su 4 cani nei quali ha praticato negli arti inferiori lateralmente la sezione delle radici motorie, e soltanto da un lato l'asportazione della innervazione simpatica.

Ha così potuto constatare, confrontando il decorso delle paralisi nell'arto simpatectomizzato e in quello non operato, come, fino al presentarsi delle contratture, che avvenivano 4-5 mesi dopo l'operazione, il tono muscolare, misurato con l'apparecchio di Spiegel era minore dal lato simpatectomizzato che dal lato di controllo. La contrazione muscolare poi si presentava dal lato simpatectomizzato 3-5 settimane più tardi ed era di intensità minore che dal lato di controllo. Tali risultati si spiegherebbero, secondo l'A., coll'origine stessa delle contratture muscolari, la quale sarebbe dovuta ad un accorciamento dei muscoli atrofici, accorciamento dipendente dalla conservata innervazione simpatica, la quale svolge azione tonotropa.

Parte clinica. — L'A. ricorda come sia stato Royle per primo nel 1923 ad operare di simpatectomia un malato con grave paralisi spastica dell'arto inferiore destro, basandosi sui risultati sperimentali già da esso ottenuti.

Ora i casi operati dal Royle sono più di cento e in tutti l'A. afferma di avere avuto buoni risultati nel senso di un notevole miglioramento.

In un caso un malato prima dell'operazione poteva solo penosamente muoversi con le grucce; dopo l'operazione era in grado di giocare al tennis. I migliori risultati si ebbero nei casi di lesioni cerebrali, mentre nelle lesioni del midollo i risultati variavano secondo il grado e la localizzazione del processo.

Dalla statistica generale di Hesse risulta che di 200 simpatectomie o ramisezioni praticate per paralisi spastiche delle estremità inferiori o superiori nel 65 % dei casi si ebbe buon risultato. Sulle estremità inferiori si hanno migliori risultati che in quelle superiori.

Buoni risultati si sono anche avuti nelle paralisi spastiche susseguenti a traumi da parto distocico e da encefalite nei bambini e anche in seguito a traumi periferici.

I risultati sono nulli invece nei casi in cui vi sia una deformità articolare o in cui la causa che ha provocato la paralisi ancora persista.

Dei 18 casi operati da Hesse, e di cui l'A. riferisce la storia di 8 soltanto perchè non pubblicati, in 6 si sono avuti buoni risultati (aumento della mobilità, ecc.), in 9 soltanto un lieve miglioramento e in 3 casi nessuna modificazione.

L'A. viene alla conclusione che la simpatectomia o ramisezione secondo Royle dà in molti casi buoni risultati, dimostrabili anche con la diminuzione del tono muscolare misurabile con l'apparecchio di Spiegel.

Di tutte le operazioni proposte per la cura delle paralisi spastiche la simpatectomia è l'operazione di scelta. Dopo di essa però è necessaria una lunga terapia fisica (massaggi, meccanoterapia).

Controindicazioni sono le deformazioni articolari e tendinee e le anchilosi.

G. LA CAVA.

Il ligamentum pulmunale.

(SCHULZE. *Dtsch. z. Chir.*, vol. 239, pag. 126).

L'occasione ad occuparsi di questa struttura anatomica fu offerta all'A. dal noto fatto clinico che in alcuni pazienti il pneumotorace non conduce al completo collasso polmonare perchè il polmone è fissato mediante aderenze superiormente alla volta pleurica, superiormente al diaframma, così da costituire un sistema semirigido, paragonabile a quello di un puncing ball fissato ai suoi due poli sup. ed infer. da corde tese. In questi casi è noto come la frenicoexeresi venga a risolvere un tale stato di cose, e costituisca, associata o no a pneumotorace, il processo di scelta.

In alcuni di questi casi, l'A. osservò come l'ostacolo alla retrazione da pneumotorace del polmone, non fosse rappresentato da comuni aderenze della base. La base del polmone era anzi libera. Tale sistema era bensì limitato ad un sistema di trazione limitato a un freno fra l'ilo polmonare e la volta diaframmatica.

Ricerche anatomiche dimostrarono trattarsi in tali casi non già di aderenze, ma bensì di una vera e propria formazione anatomica, estendentesi frontalmente fra i 2 ili e la volta diaframmatica fissata a questi due, e estendentesi dall'avanti all'indietro.

Su 70 cadaveri fu possibile dimostrare in 60 la presenza di una tale formazione. Essa è citata nei trattati di anatomia, ma in essi non le viene attribuita alcuna importanza funzionale.

Il legamento non si inserisce nel centrum tendineum come asserisce la maggior parte dei trattati, ma bensì in corrispondenza del suo bordo posteriore. Questo è importante a spiegare l'azione della paralisi del diaframma sul rilasciamento della massa del polmone. Istologicamente il lig. è costituito da fibre collagene ed elastiche nello sdoppiamento della pleura.

In processi infiammatori e come conseguenza del pneumotorace stesso, il legamento si ispessisce per i noti fenomeni di proliferazione fibrosa sottoendoteliale. L'A. poteva controllare come la recisione di esso, porta una molto maggiore mobilità del polmone. Una serie di casi clinici dimostra come una frenicoexeresi possa rendere efficace un pneumotorace fino ad allora inefficace.

L'importanza del L. P. nel torace sano sarebbe secondo l'A. di contribuire a fissare la posizione mediana del mediastino.

ALDO CALÒ.

STORIA DELLA MEDICINA.

Mattia Ben Haresh medico romano del primo secolo.

Dott. HIRSCH LOEB GORDON.

Alla illustre famiglia dei medici romani si deve aggiungere nei primi due secoli un nome finora sconosciuto dalle fonti storiche latine, però molto famoso a suo tempo in Palestina e in Mesopotamia. È Mattia ben Haresh medico, e, come molti altri illustri medici della sua stirpe, anche un'autorità religioso-letteraria.

Nel periodo in cui egli ha vissuto (70-150 circa dell'êra volgare) la vita economica e culturale in Palestina era perturbata dalle severe persecuzioni da parte degli imperatori romani, persecuzioni a scopo puramente politico (pacificante) che assunsero però una tinta antireligiosa, grazie al rifiuto dei monoteisti ebrei di accettare l'adorazione delle statue imperiali. Ma la creatività letteraria, quale compenso della sterilità politica, era molto prolifica. Il medico Mattia apparteneva al cosidetto periodo della *Mishna*, imponente lavoro in 63 volumi, contenente le opinioni dei saggi, soci della grande Assemblea, duumviri (zugot) e *Tannaiti* (a questi Mattia apparteneva), che hanno fiorito dalla fine del vecchio Testamento fino all'anno 199; data questa della morte di Rabbi Judah, il principe compilatore della *Mishna*, e presunto amico dell'imperatore Marco Aurelio.

La rinomanza del medico Mattia come capo scuola era così grande, che la sua Accademia a Roma era considerata la più importante del mondo fuori di Palestina, uguale alla Corte Suprema (Sinedrione) di Jabne ed ai nove centri della coltura ebraica di Palestina,, Lydda, Beror Hail, Pekiin, Bet Shearim, Sikne, Sephoris, Beth Shearim, Bene Berak, e Nesibis (quest'ultima in Siria) (1).

Alcune sue dottrine mediche sono citate nella menzionata *Mishna* e nel Codice contemporaneo e pareggiato, la *Beraita*.

Il relatore della tradizione beraitica è Rabbi Ismaele ben Jose, che insegnava in Palestina nella seconda metà del secondo secolo. R. Ismaele stesso era medico e noi lo troviamo come autorità nella materia del sangue ed avverso all'uso della terra per os. come medicamento (2). Egli dice: « Ho sentito da Mattia che è permesso di cavar sangue durante il sabato in caso di *Serunke* (vedi appresso); a colui che è morso da un cane rabbioso è permesso di dar da mangiare dal *Hizzar* (vedi appresso) del suo fegato; e colui che ha dolore in bocca può ottenere che gli venga messo un farmaco nella sua bocca » (3).

(1) Sanhedrin 32 b.

(2) Niddah 5 b; Sabbat 113 b.

(3) Joma 84 a; Jer. Joma 8, 6.

Questi « permessi » devono essere considerati dal punto di vista religioso. La preparazione dei farmaci, come altri lavori, sono proibiti dagli ebrei durante il sabato ed egualmente proibita è la consumazione della carne d'un cane. Queste proibizioni possono venir trasgredite solamente in caso di pericolo di vita e quando la medicina è specifica e certa di guarire. Infatti la maggioranza dei saggi si è opposta al salasso di sabato contro la *Serunke*, e al fegato del cane rabbioso contro la idrofobia, per la persuasione che queste misure non avrebbero guarito.

Che malattia era designata colla parola *Serunke?* Forse si può trarlo da un'altra citazione:

« R. Hia ha insegnato: [Anche ora quando il diritto di infliggere la pena di morte era tolta dalla corte suprema degli Ebrei con la conquista di Pompeo nell'anno 67 a. C.], la punizione viene ancora eseguita [da Dio]. ...Colui che meritava di essere strangolato, annega nel fiume o muore dalla *Serunke* » (4). Serunke deve essere allora una malattia della gola che asfissia, come la difterite o una forma di croup che ostacola la respirazione.

La rabbia e la sua cura valgono, secondo il Mattia, una discussione più dettagliata. È interessante notare anzitutto che un osservatore scientifico come Aristotile non ammetteva che la rabbia potesse infettare l'uomo (5). Mattia invece lo sapeva bene. Egli ha menzionata la morsicatura d'un cane rabbioso e non d'un altro animale rabbioso; infatti anche ora il cane fornisce l'85 % delle morsicature rabbiose (6). Questo si spiega bene col fatto che il numero dei cani nei luoghi abitati è immenso. Nel 1896, p. es., c'era in Europa un cane per ogni dieci uomini (7). Gli autori del Talmud avevano la certezza che la rabbia poteva essere trasmessa dal cane al bestiame e da questo all'uomo anchè per le vie digerenti ed hanno stabilito: « Un capo di bestiame morso da un cane rabbioso non può essere macellato per il pericolo di vita [al consumatore] (8). Mar Samuele (180-257 ê. v.), capo della famosa Accademia talmudica a Nehardea, Babilonia, celebre anche come il principale medico del suo paese, ha spiegato il terrore che porta un cane rabbioso con l'espressione caratteristica: « Un'aura maligna regna intorno a lui » (9). Possiamo scusare la sua descrizione ambigua, quando anche un patologo autorevole, moderno si esprime così: « La rabbia è molto probabilmente una tossinfe-

(4) Ketubot 30 b.

(5) ARISTOTELE. *Hist. Anim.*, VIII, 32. (Aubert-Wimmer, Bd. II, 183).

(6) RABIES. *Nelson's Encyclopedia of Medicina*, II, 1933.

(7) CALABRESI A. *Risultati della cura antirabica*. Pasteur, Napoli, 1896.

(8) Holin 58 b.

(9) Joma 84 a.

zione acuta provocata da un virus dei cui caratteri poco sappiamo ». (Perez) (10).

Mar Samuele era anche a conoscenza del fatto che l'uomo può contrarre la rabbia non soltanto mediante la morsicatura ma anche col semplice contatto, raccomandando che un cane rabbioso « deve essere ucciso solo col gettargli addosso qualche cosa, perchè colui che lo tocca si mette in pericolo; e chi ne è morsicato muore ». Che cosa deve fare colui che è stato toccato [dal cane rabbioso]? Gettare i suoi vestiti e scappare (9). In questa sua osservazione Mar Samuele è pure sorretto dalla patologia moderna: « Anche il semplice contatto con i peli dell'animale imbrattati di saliva può determinare, per lo stabilirsi o per la preesistenza di dette soluzioni di continuità, la penetrazione del virus rabbico ». (Perez, l. c.).

In quanto ai sintomi d'un cane rabbioso noi leggiamo nel Talmud (11): « Cinque sono i sintomi d'un cane rabbioso: la bocca è aperta, la saliva gocciola, i padiglioni delle orecchie sono pendenti, la coda è tra le gambe, ed esso cammina ai lati della strada. Alcuni dicono: egli abbaia, ma la voce non si sente ».

Citeremo una descrizione dell'animale rabbioso fatta da un'autorità moderna sulla rabbia: « La disposizione dell'animale si cambia: esso diventa o più o meno affezionato... Il cane può incominciare ad essere triste; il suo abbaiare è alterato e diviene un caratteristico urlo basso... La sua saliva gocciola abitualmente. (Williams) (6).

Quanto alla cura della rabbia abbiamo già detto che il medico romano Mattia ha suggerito di amministrare al morsicato la *Hizzar* del fegato del morsicante. La parola *Hizzar* significa in aramaico (lingua adoperata insieme all'ebraico nel Talmud), dito, cioè il *lobus extorum* degli antichi o il lobo caudato degli anatomisti moderni, perchè si stacca dal lobo destro del fegato come il pollice dalla mano (12).

Il fegato, quale cura contro la rabbia, era suggerito anche dagli altri scrittori antichi (13), è tuttora adoperato da qualche tribù di indigeni (14).

Però i saggi del Talmud non hanno accettato il fegato come cura specifica per la rabbia, dicendo: « Non c'è cura mediante di esso » (9). E altrove (15) si riferisce: « Un germano inserviente di R. Judah il principe (m. 199) fu morsicato da un cane rabbioso e venne nutrito con fegato del morsicatore; però non guarì mai ». A questo si è aggiunto il detto: « Non lasciarti dire che un uomo morsicato da un cane rabbioso sopraviva ». Del pari scrive un'autorità moderna: « La rabbia conclamata è malattia fatalmente mortale e si ammette che sia incurabile » (16) (Puntoni). L'espressione summenzionata (« però non guarì mai ») può riferirsi ad un caso d'incubazione lenta, che, come è ammesso anche dalla scienza moderna, può durare degli anni (Perez l. c.).

A questo riguardo può essere interessante citare alcuni rimedi popolari curiosi contro la rabbia descritti da un saggio Abbai (n. 280, m. 338) di Babilonia:

« Sulla pelle d'una iena maschile si scrive: Io... il figlio della... registra sulla pelle d'una iena maschile: *Kanti Kanti Kleros Jah Jah, Dio Sabaot, Amen, Sela* (17). Egli seppellisce le sue vesti a un crocivia. Dopo 12 mesi le vesti vengono riesumate, bruciate e disperse sul crocivia ».

Questo rimedio è certamente molto primitivo; però, continuando a leggere si trova un trattamento paliativo razionale: « Durante questi dodici mesi lui deve bere acqua da un tubo d'ottone... Abba Bar Martha adoperava un tubo d'oro preparato da lui per sua madre ». Qui sono contenute due osservazioni vere: la paura dell'acqua (donde il nome idrofobia) e il dolore della deglutizione, migliorata per mezzo d'un tubo.

Riguardo al « dolore in bocca » per il quale Mattia permette la somministrazione d'un farmaco durante il sabato, non sono descritte nè la malattia nè la cura. Però R. Johanan (m. 279) cita ad loco a proposito del « dolore in bocca » la sua propria malattia di *Zafdina*, una specie di stomatite che il Maimonide (1135-1204) celebre medico del sultano Saladino, spiega nel suo commentario come « una necrosi delle gengive che si diffonde al palato ».

Fu una matrona romana, dice R. Johanan, che l'ha salvato per mezzo d'un farmaco segreto che lui si impegnò di non svelare. I farmaci usuali contro la stomatite erano in quei tempi: lievito, olio d'oliva e sale, grasso di oca pennellato con la penna della stessa, noccioli di olive immature bruciati su una palla nuova (9).

C'è un altro detto medico di Mattia: « Se uno è colpito da *Jerakon* gli vien dato da mangiare carne d'asino » (9). *Jerakon* si riferisce al colore della pelle e significa verdastro. La

(10) PEREZ G. *Trattato di patologia chirurgica*, vol. II, Roma, 1933.

(11) Joma 83 b.

(12) *Altorientalische Studien*. Theodor Noeldeke zum 70. Geburtstag, p. 761-69.

(13) Dioscuride II, 49 (Sprengel, p. 185. Galen, fac. spec. med. XI, 10 (c. XII, 335). Plinius, 29, 32. Plinius Valerian, lib. III, cap. 50. Sextus Papyrensis, cap. IX de cane tit. 21.

(14) Zeitschrift f. ethnolog., 1896, Verhdlg., p. 31.

(15) Jer. Joma 8, 5.

(16) PUNTONI V. *Manuale di Microbiologia Medica*. Roma, 1929.

(17) Il significato della prima parte di questa formula magica non è chiaro. Però suggerisco che « Kanti » possa significare « Il mio ileo », « Kleros-ed » il greco per « sorte ». « Jah » è parola comune per « Dio ».

malattia può quindi essere una anemia o clorosi o ittero. È notevole che Discurides suggerisce l'orina d'asino contro le malattie dei reni (11-99).

Sulla gentilezza d'animo e la mansuetudine di Mattia romano testimoniano le sue due massime riportate nella collezione delle massime dei grandi del suo tempo e nel trattato speciale della Mishna:

1. Sii tu il primo a salutare ogni essere umano.

2. Sii la coda del leone anzichè la testa della volpe (18).

Il Talmud palestinese aggiunge che questa ultima si oppone alla massima popolare (romana) secondo la quale era preferibile essere la testa della volpe (19).

Come tutti gli altri medici dell'antichità Mattia ebbe un'aureola di leggenda. Si racconta (20) che non sollevò mai lo sguardo su una donna; e che quando era sprofondato nello studio la sua faccia brillava come il sole, ed era puro come un angelo.

Una volta il demonio volle tentarlo. Con uno speciale permesso di Dio che difficilmente ottenne, si trasvestì nella più bella donna del mondo, uguale alla Naam, colla quale perfino gli angeli avevano peccato prima del diluvio. Accollando la sua incantevole presenza, oltre tutti i limiti sul medico ascetico, lo costrinse a chiedere/al suo discepolo del fuoco e un chiodo, col quale il casto studioso si accecò. E quando l'angelo Raffaele venne mandato da Dio a guarirlo, il cieco rifiutò, temendo di trovarsi di nuovo davanti alla tentazione. Solo di fronte alla promessa divina che sarebbe stato liberato dai desideri carnali, accettò di essere guarito.

(18) Pirke Abot 4, 15.
(19) Jer. Sanhedrin 4, 8.
(20) Yalkut Simeoni, Gen. 49.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. L. MIRIZZI. *La cholécystectomie sans drainage (cholécystectomie idéale)*. Vol. di pag. 105 e 71 figure. Edit. Masson, Parigi, 1933.

In questa monografia l'A., oltre a esporre i risultati di una ricca statistica personale di colecistectomie ideali, descrive in dettaglio la tecnica della colecistectomia sottosierosa, del modo di provvedere alla chiusura del cistico, della peritonealizzazione del letto cistico, ecc.; in complesso la tecnica dettagliata della colecistectomia seguita da chiusura completa dell'addome.

Buoni risultati ha avuto l'A. dalla colangiografia eseguita durante l'intervento; ne descrive la tecnica dell'iniezione del lipiodol e riproduce numerose radiografie di casi particolarmente interessanti.

L'esposizione molto chiara è corredata da numerose e nitide figure che permettono al lettore di farsi una conoscenza precisa della tecnica usata e sperimentata con successo dall'autore. R. ALESSANDRI.

E. CHABROL. *Les ictères*. Vol. in-8° di pagg. 524 con 72 fig. Masson & C. Paris, 1933. Fr. 75.

L'A., di cui sono ben noti i lavori sulla patologia epatica, si è proposto il compito di dare una vista d'insieme sugli itteri, ad un medesimo tempo personale e didattica. I laboratoristi vi troveranno perciò minuziosamente descritti i metodi biologici più moderni per la ricerca ed il dosaggio dei pigmenti biliari; i patogenisti, amatori della sintesi, vedranno affrontate le molteplici teorie che suggeriscono le ritenzioni epatiche e le policolie. Tutto ciò naturalmente mai a detrimento dell'osservazione clinica ed infatti i pratici, debbono essere grati all'A. per avere egli dedicato poi i due terzi della sua opera allo studio analitico delle sindromi itteriche.

Le due ultime parti del volume sono infine riservate allo studio terapeutico degli itteri dalla dietetica al sondaggio duodenale, alla splenectomia, alle anastomosi bilio-digestive.

Una ricca bibliografia trovasi in fine ad ogni capitolo, aggiornata dall'A. con imparzialità ed ecletismo. L'A. tuttavia riporta anche la bibliografia delle sue ricerche personali eseguite sugli itteri da oltre vent'anni, riunendo poi in poche pagine le sue conclusioni cliniche e sperimentali.

Il libro è dedicato alla memoria del prof. Gilbert e può essere ritenuto veramente come la migliore e la più recente monografia in argomento. A. P.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L. PUUSEPP. *Chirurgische Neuropatologie*: II Bd: *Das Rückenmark*. J. G. Küger, 1933.

Con questo secondo volume il notissimo clinico neuropsichiatra di Dorpat continua la sua poderosa opera, solo da due anni incominciata a stampare, ma da circa un trentennio di esperienza neurologica prima e poi neurochirurgica, preparata e riccamente e sapientemente documentata. Nei capitoli delle due parti, nelle quali è diviso questo volume, il chirurgo che volesse dedicarsi a questa parte così promettente del grande capitolo della terapia neurologica, troverà quanto di essenziale gli occorre per acquistare la consapevolezza dei problemi e delle contingenze, che deve affrontare, oltre quelli tecnici operatori. Del pari il neurologo che volesse allargare la sua attività, non più pago del compito importantissimo diagnostico e di una terapia palliativa o sintomatica di fronte ad alcune neuropatie organiche, con molto profitto consulterà questo volume, dove sono esposti i criteri più sicuri sulle indicazioni e controindicazioni e sui procedimenti principali di tecnica operatoria neurochirurgica delle affezioni spino-midollari. Chi conosce i numerosissimi lavori di neurologia e di neuropatologia e il trattato sui tumori cerebrali dell'A., può comprendere come si sia assunto da solo il peso e la responsabilità di un'opera tanto vasta su una materia incandescente per così dire e in evoluzione diuturna. G. AYALA.

L. BÉRARD et M. PATEL. *Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale*. Volume di 264 pagg. con 69 figure. Editore Masson & C., Paris. Fr. 50.

È una monografia completa delle forme di tubercolosi intestinale suscettibili di trattamento chirurgico.

Gli AA. ben noti nel campo chirurgico, precisano le relazioni tra le forme cliniche della tubercolosi dell'intestino e l'infezione tubercolare in generale, sia per quanto riguarda al tipo ulceroso, cicatriziale, con o senza lesioni specifiche, sia per le turbe funzionali intestinali dovute a tossinfezione bacillare, senza localizzazioni apparenti delle lesioni intestinali.

Dopo uno sguardo d'insieme dell'etiopatogenesi e dell'anatomia patologica di queste lesioni, vengono trattati separatamente la tubercolosi del tenue, dell'appendice ileo-cecale, del colon, nei soggetti senza o con tubercolosi polmonare in evoluzione, intrattenendosi sui metodi diagnostici di laboratorio e radiologici, e molto sulle indicazioni operatorie, sui metodi operatori, e sui risultati operatori.

Studio quindi interessante per il medico e per il chirurgo aiutando il primo per una precoce diagnosi ed il secondo per una esatta indicazione terapeutica.

R. GRASSO.

Klinische Fortbildung, diretta da G. KLEMPERER, Anno I. Vol. in-8°, di 794 pag., con 105 fig. e 7 tav. colorate. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1933. Prezzo RM. 30, rilegato RM. 35.

Abbiamo recensito a suo tempo i dieci volumi della « Neue deutsche Klinik », il grande dizionario di monografie mediche. Molto opportunamente tale opera viene completata e man mano aggiornata con una pubblicazione periodica, che seguirà i progressi della scienza medica, in modo da rispecchiare lo stato attuale delle questioni più importanti.

È questo il primo volume della serie, che comprende 27 monografie, di cui alcune, come quelle sulle vitamine (W. Stepp e J. Kühnau) e sulla diuresi (W. Nonnenbruch) di una sessantina di pagine. Citiamo fra le altre: Malattie del sangue (P. Morawitz e H. Brugsch); Dieta vegetariana (M. Bircher-Benner); Forme particolari di angina (W. Schultz); Progressi del trattamento pneumotoracico (W. Unverricht); Malattie dei vasi (P. Morawitz e H. Brugsch); Eugenica e sterilizzazione (A. Fischer); La pubertà e le sue malattie (E. Haase); L'uso clinico delle onde ultracorte (E. Schliephake); Il problema del sonno (H. Reegelsberger); Le paratiroidi (G. Pertiz); gli ormoni cardiaci e circolatori (K. Posener).

Anche questa pubblicazione, come il citato dizionario, è diretta da G. Klemperer. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche in Palermo

Seduta del 26 marzo 1934-XII.

Modificazioni della glicemia nelle stenosi ed occlusioni sperimentali del coledoco.

Dott. A. MATTINA. — Tanto nelle occlusioni, quanto nelle stenosi del dotto principale della bile si verifica costantemente una iperglicemia. L'aumento del tasso glicemico, negli animali operati di occlusione completa, avviene rapidamente nei primi quindici o venti giorni di esperimento. L'iperglicemia negli animali in cui si è praticata la stenosi, si verifica lentamente, nei primi quindici giorni dopo l'operazione, più rapidamente in seguito e fino al 34° giorno di esperimento.

I valori massimi della glicemia, ottenuti al 15° o al 20° giorno nei cani con coledoco occluso, sono stati costantemente superiori ai valori massimi avuti al 35° giorno di esperimento in quelli operati di stenosi.

Infine dopo i quindici o venti giorni dalla occlusione, e dopo i trentacinque giorni dalla stenosi del coledoco, si ha una lenta e graduale diminuzione del contenuto in zucchero del sangue, e tale diminuzione non è abbastanza accentuata alla fine del secondo mese di esperimento avendosi in questa epoca valori abbastanza elevati.

L'O. spiega tale diverso comportamento colle alterazioni epatiche determinate dalle occlusioni e stenosi del coledoco; la iperglicemia dei primi

15 giorni negli animali in cui si è determinata l'interruzione brusca della bile è legata alle alterazioni gravi epatiche determinate sin da principio, tanto che il fegato non è più capace di immagazzinare il glicogeno. Nelle stenosi invece le alterazioni sono lievi in principio, per cui l'aumento della glicemia avviene lentamente, mentre dopo i 15 giorni, aggravandosi le alterazioni, l'aumento della glicemia procede più rapidamente.

Sul comportamento della iperazotemia provocata in vari stati morbosi acuti e cronici.

Dott. S. CHIRICO. — La somministrazione orale di gr. 10 di urea ad un individuo digiuno dalla sera precedente dà luogo all'innalzamento dell'azotemia la quale descrive una curva che si inizia con la cifra iniziale precedente alla ingestione, che raggiunge la cifra più elevata dopo un'ora dalla ingestione dell'urea e ridiscende tornando dopo due ore alla cifra iniziale o quasi nel soggetto con funzione renale integra.

Invece nel soggetto con alterata funzione renale dopo due ore dalla ingestione dell'urea si costata che la cifra azotemica non solo non è tornata alla cifra iniziale ma o è più alta o eguale a quella della prima ora. E mentre nel soggetto con funzione renale normale dopo due ore la curva descrive completamente la sua fase discendente, nel soggetto con lesa funzione renale la fase discendente avviene dopo molte ore.

Quindi l'iperazotemia provocata, proposta sin dal 1927 da V. Cesare Piazza, ci dà l'indicazione chiara del comportamento della funzione renale.

In molte malattie infettive acute nelle quali non esisteva alcun dato urologico che attestasse una lesione renale, lo studio della iperazotemia provocata ha messo in rilievo una curva azotemica ascendente cioè ha rilevato una insufficienza renale non svelabile con nessun altro mezzo.

Dalle ricerche dell'O. risulta che lo studio della iperazotemia provocata permette nel decorso delle malattie infettive acute di poter seguire, sia dal punto di vista fisiopatologico, sia da quello clinico, le piccole alterazioni della funzione renale ed il ritorno di essa al normale quando sono scomparsi tutti i fatti acuti.

Modificazioni istologiche del fegato e del rene per effetto di squilibrii osmotici provocati nel sangue.

Prof. L. LA GRUTTA. — Le ripetute iniezioni in cani e conigli di soluzioni fortemente concentrate di cloruro di sodio sono capaci di produrre nel fegato alterazioni cellulari di carattere regressivo, la degenerazione vacuolare; nel cane tale trattamento produce anche la degenerazione grassa delle cellule epatiche. Ambedue le suddette alterazioni hanno distribuzione parcellare.

Il tessuto reticolare del fegato subisce anch'esso delle alterazioni di rigonfiamento, varicosità delle fibrille, e talvolta anche una più scarsa impregnabilità con i sali di argento.

Nel rene le modificazioni sono in generale di minore entità, ma talvolta si ha anche l'insorgenza di una metamorfosi regressiva che si identifica con il rigonfiamento torbido.

La degenerazione vacuolare e grassa del fegato e il rigonfiamento torbido del rene debbono interpretarsi non come il semplice effetto dell'azione diretta dello squilibrio osmotico sugli elementi cellulari, ma piuttosto come effetto di un alterato chimismo endocellulare provocato dallo stimolo osmotico.

Ricerche sul potere anticomplementare autonomo.

Prof. F. GENTILE. — Nel siero di sangue dei conigli in condizioni normali si svela infra le 5-24 ore dal prelevamento del sangue dall'animale un potere anticomplementare autonomo più o meno marcato che poi scompare.

Sottoponendo i conigli all'azione dell'etere e del cloruro di etile, il siero di sangue non subisce alcuna modificazione in riguardo al potere anticomplementare che già presentava; somministrando invece cloroformio il potere anticomplementare preesistente non solo subisce una costante diminuzione, ma può anche scomparire.

Sotto l'azione degli ipnotici (idrato di cloralio) il potere anticomplementare già esistente non subisce alcuna variazione.

In seguito alla somministrazione di alcool per via endovenosa si ha la scomparsa completa del potere anticomplementare autonomo che era presente nel siero.

L'iniezione di bile e di gelatina non modificano il potere anticomplementare del siero di sangue dei conigli.

Altre indagini occorrono per studiare meglio il meccanismo di tale fenomeno.

Il Segretario.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina

Presidente: Prof. CARLO COMBA.

Seduta del 15 febbraio 1934.

Prof. F. GIUGNI. — *Un caso di cirrosi di Cruveillier-Baumgarten. Studio clinico e reperto anatomo-patologico.*

Sulla invaginazione di un haustra cecale.

Prof. A. ANGELI. — L'O. illustra un caso da lui operato di invaginazione *haustra-cecale* raccogliendo altri sette casi noti nella letteratura, dopo il primo del Kyovsky (1925). Dalla trattazione clinica, anatomo-patologica e dalla terapia crede di poter trarne le seguenti conclusioni: La invaginazione haustrale è caratteristica dell'intestino cieco, clinicamente inteso. La causa prima determinante di tale invaginazione deve ricercarsi in una lesione localizzata all'haustra, conseguente a virulentazione della flora batterica propria di tale porzione dell'intestino. L'episodio acuto febbrile conseguente all'invaginazione è pure determinato da esaltazione di germi e da fenomeni infiammatori costituitisi nella parete dell'haustra invaginata. La terapia, intesa in stretto senso, consiste nella semplice disinvaginazione dell'haustra, seguita da chiusura completa dell'addome.

La appendicectomia e la cieco-pessia debbono essere aggiunte quando il caso speciale lo richieda.

Epitelioma cutaneo in sede non comune. Radiumterapia.

Prof. V. PALUMBO. — L'O. presenta un paziente già affetto un anno fa da vasto epitelioma cutaneo spino-cellulare del dorso della mano sinistra, trattato con radium-terapia e attualmente immune da ogni recidiva o metastasi clinicamente apprezzabile.

Seduta del 14 marzo 1934.

Ileocoloplastica per inversione.

Dott. T. GRECO. — L'O. premette che, allo scopo di ristabilire la continuità del colon, specialmente

dopo estese resezioni della metà sinistra, il chirurgo Nicoladoni di Innsbruck, nel 1887 preconizzava due piani operativi: il primo di questi mirava a sostituire il tratto di colon resecato con un trapianto di ileo; questo piano è già stato realizzato sia nell'uomo che nell'animale. Il secondo piano invece era costituito dalla sezione di una ansa ileale e dalla successiva anastomosi fra le due sezioni dell'ileo e quelle del colon in modo tale da utilizzare il colon residuo ed un breve tratto di ileo a controcorrente. Questo piano che non sembra essere mai stato realizzato neppure sperimentalmente, è stato attuato dall'O. in un grosso cane e in base ai nuovi recenti concetti sulla motilità del colon. Il cane a oltre due mesi dall'intervento sta bene e — sia pure con le dovute riserve per l'avvenire — dimostra la possibilità dell'attuazione, nel cane, di un simile intervento.

L'O. conclude dimostrando i vantaggi che potrebbe avere questa nuova operazione e si ripromette di riferire sul decorso successivo di questo primo esperimento come sugli altri in corso.

Sangue puro e sangue citratato nella pratica della trasfusione di sangue.

Prof. G. C. DOGLIOTTI. — L'O. illustra le principali alterazioni che l'aggiunta di citrato sodico nella dose minima anticoagulante provoca nel sangue da trasfondere: turbamento dell'equilibrio elettrolitico del plasma, fissazione del calcio-ione, diminuzione della resistenza globulare, diminuzione dei poteri immunitari, effetti tossici propriamente detti. Pertanto, in vista dei notevoli progressi della tecnica, l'O. conclude che l'uso del sangue citratato deve essere praticamente abbandonato.

I Segretari: L. PICCHI - P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Presidenza: Prof. G. B. FIOCCO.

Seduta del 28 febbraio 1934-XII.

L'artrodesi extraarticolare nella coxite in atto.

Prof. F. DELITALA. — L'O. presenta un caso di coxite operata un anno fa dopo circa 10 mesi dall'inizio del male. L'ammalato all'esame praticato in seduta risulta guarito in solida anchilosi ossea. Le conclusioni a cui arriva l'O. sono le seguenti: è possibile ottenere la guarigione clinicamente e radiograficamente constatabile in una coxite in periodo di stato, mediante trapianto extrarticolare di una stecca tibiale; non solo viene abbreviato il periodo della malattia, ma si evitano i disturbi consecutivi alle coxiti guarite con movimento; è pericoloso generalizzare il metodo a tutti i casi.

Caso di agranulocitosi da salvarsan.

Dott. A. VANNI. — L'O. illustra un caso di agranulocitosi osservato in corso di trattamento salvarsanico; si tratta di una paziente di 32 anni che dopo la decima iniezione fu colta da una sindrome gravissima che la condusse a morte in 5 giorni. I fatti clinici prevalenti erano lo stato settico con manifestazioni emorragiche a carico della cute e delle mucose, la presenza di fatti necrotici a carico delle tonsille. L'esame del sangue dimostrava una riduzione dei globuli rossi a 2.100.000 e una discesa dei leucociti a 500, mentre la formula dava una percentuale di 3-4 % di granulociti, piastrinopenia, assenza di forme immature della serie rossa e bianca. Da questi dati l'O. crede poter concludere di trovarsi di fronte ad un vero stato di aplasia midollare di cui l'agranulocitosi è l'esponente più tipico ed il caso rientrare in quelli che descritti per primo da Schultz (1922) si devono legare alla tossicità del gruppo benzolico esplicantesi in un arresto della facoltà produttrice del midollo.

Ricostruzione dei legamenti crociato anteriore e laterale esterno del ginocchio.

Dott. M. TOMMASINI. — L'O., dopo alcune considerazioni sul meccanismo delle lesioni legamentose del ginocchio e sui vari metodi di ricostruzione, presenta un malato da lui operato con una tecnica, derivazione diretta del metodo di Hey Groves, che ricostruisce il legamento crociato anteriore con un lembo peduncolato di fascia lata passato per un tunnel praticato attraverso il condilo esterno del femore in continuazione con un altro scavato nella tuberosità tibiale interna; nel caso personale l'O. ha ricostruito anche il legamento laterale esterno servendosi di un lembo peduncolato di bicipite. L'esito a distanza di 4 mesi dall'intervento nel suo malato, che presenta, è ottimo.

Timpanismo paradosso nell'idropneumotorace.

Dott. C. DIAMANTI. — L'O. mette in rilievo l'area di timpanismo particolare rilevabile in alcuni portatori di Pnx percuotendo sulla falda liquida in prossimità del suo livello libero. La paradossalità di tale reperto, consistente nel fatto che la puntura esplorativa su tale zona dà esito a liquido, giustifica la denominazione adottata dall'O. di timpanismo paradosso nell'idropneumotorace.

Dopo averne descritto i caratteri e discusso la patogenesi, l'O. illustra il valore clinico di tale sintoma che sembra caratteristico specialmente di quella forma con versamento a ripiani o a nido di rondine. Riporta una casistica di 10 osservazioni.

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo alla patogenesi dell'angioma arterioso racemoso.

I. P. Strömbeck (*Acta Chir. Scand.*, vol. LXX, fasc. IV-V) avendo studiato con l'angiografia un caso di angioma racemoso della gamba, porta un contributo sulla natura di questa affezione.

L'angioma arterioso racemoso è stato dapprima considerato come un tumore costituito da arterie neoformate (Virchow).

Secondo un'opinione più recente (Reid. Perthes ecc.) sarebbe invece costituito da anastomosi artero-venose anormali, a sede periferica, che arterializzano delle vene.

La somiglianza con l'aneurisma artero-venoso traumatico, le costatazioni fatte nel corso di certi esami istologici, ed a mezzo di angiografie, parlano a favore di questa seconda concezione.

Il caso dell'A. è proprio un contributo in questo senso: a livello del tumore, parzialmente pulsante, una iniezione d'abrodil in vivo ha potuto mettere in evidenza una comunicazione diretta tra arteria e vena.

I vasi principali del tumore erano costituiti da vene; in altre, la presenza di tessuto connettivo embrionario indicava una anomalia vascolare congenita. R. GRASSO.

Contributo al trattamento chirurgico dell'embolia periferica.

S. Bergendal (*Acta Chirurg. Scand.*, fasc. I, marzo 1934) descrive 3 casi in cui ha praticato l'embolectomia a livello dell'arteria poplitea. Risultati: in un caso, in cui l'embolia datava da 23 ore, nessun miglioramento per cui necessitò in secondo tempo un'amputazione alla coscia; in un caso operato alla IV ora il decorso immediato faceva sperare su un buon risultato ma la p. moriva 2 g. dopo per embolia della cerebrale media e nuova embolia alla gamba già operata; nell'ultimo caso, in cui si potè intervenire precocemente, un'ora e mezza dopo dell'embolia, il risultato fu completo e l'arto fu salvo. Riporta poi 3 casi di embolia dell'ascellare con sindrome iniziale manifesta in cui tutti i disturbi scomparvero spontaneamente durante i preperativi operatori e decorsi poi felicemente mentre descrive un altro caso di embolia dell'ascellare in cui malgrado l'embolectomia precoce (3 ore dopo) si ebbe cancrena della mano. R. GRASSO.

Mezzi clinici di controllo nell'evoluzione delle flebiti.

Balard e Dutrénit (*Bordeaux Chirurgical*, n. 3, luglio 1933) osservano che nelle flebiti esistono due specie di edemi: l'edema-sintomo, dovuto al fattore infiammatorio che determina un aumento dell'idrofilia dei tessuti, e l'edema-sequela che è meccanico, passivo, dovuto alla perdita di elasticità dei tessuti. Il primo raccomanda l'immobilizzazione, il secondo scompare soltanto con la mobilizzazione.

Ricordano quindi che la prova d'Aldrich è Mac Clure da una diecina d'anni è impiegata nello studio degli edemi che si hanno nelle nefriti, in alcune malattie infettive, cardiache, nel diabete ecc. in cui l'idrofilia dei tessuti è aumentata. Essa consiste nel praticare un ponfo intradermico con una sol. fisiologica all'8%: normalmente si ha il riassorbimento del ponfo dopo 1/2 h-1 h; in caso di aumento dell'idrofilia dei tessuti il ponfo si riassorbe dopo 1'-3'. Hanno applicato questa prova in pazienti affetti da flegmasia alba: quando il riassorbimento del ponfo sull'arto malato avveniva dopo un quarto d'ora-venti minuti, permettevano la mobilizzazione dell'arto. Per controllo praticavano contemporaneamente la prova sull'altro arto e su di un braccio.

G. GENTILE.

La cura della flebite cronica ulcerosa da varici.

H. Gougerot (*Presse médicale*, 10 febbraio 1934) consiglia:

1) *Sulle lesioni ulcerate.* Cauterizzazioni (dapprima ogni giorno, poi ogni due) con un po' di cotone messo su uno stecchino ed imbevuto di nitrato d'argento al 1/10; dopo 5 minuti, toccare la superficie nitratata con una bacchetta di zinco sterilizzata dapprima alla fiamma.

Dopo 5 minuti, spalmare il fondo dell'ulcerazione con:

Sottocarbonato di ferro	g. 5-10
Vaselina	g. 45-50

ed, in caso d'intolleranza con la pomata di Alibour:

Solfato di rame		
Solfato di zinco	ana	cg. 10
Solfo precipitato		
Canfora	ana	g. 1
Vaselina		g. 50

Circondare i margini con una corona di pasta ittiolata:

Canfora		g. 1
Ittiolo		g. 4
Talco		
Ossido di zinco,	ana	g. 10
Lanolina		g. 25

Olio di oliva q. b. per fare pasta untuosa.

Applicare una compressa di garza con sopra parecchia pomata per impedire che si attacchi; evitare cotone od impermeabili.

Mantenere con una fascia di Velpeau o, meglio, con una fascia contenente dell'elastico, a partire dalle dita del piede, tenendo la gamba orizzontale.

Quando l'ulcera incomincia a cicatrizzarsi, cessare le cauterizzazioni ed aver gran cura per impedire ogni strappamento dei tessuti neoformati.

2) In presenza di nodosità ascessuali ancora chiuse, alternare le pomate col calomelano (10-20 %) o collargolo (1-5 %) con la pomata jodata a 1 %.

Nelle forme di suppurazione fredda, sono controindicate le applicazioni del caldo umido, che giovano invece nelle forme subacute, infiammate e dolorose, con edema.

Con un ago finissimo, fare la puntura e l'aspirazione del pus e, lasciando l'ago in posto, iniettare dell'etere allo jodoformio, o dell'acqua jodo-jodurata a 1 %, o dell'acqua di Alibour (diluita in 4 parti di acqua bollita); aspirare e reiniettare l'antisettico fino a che questo esca limpido. Medicatura leggermente compressiva; ripetere 1-2 giorni dopo. *fil.*

Contributo alla cura ambulatoria delle ulcere varicose delle gambe.

J. Marx (*Br. Beit.*, vol. 158, 1933) riferisce i risultati ottenuti nell'ambulatorio della II[a] Clinica chirurgica di Budapest con una cura molto semplice, ambulatoria delle ulcere varicose.

La tecnica molto semplice si può applicare a qualunque tipo di ulcera varicosa. Nelle ulceri sporche, di cattivo odore, si cerca di ripulire il fondo, toccandolo con tintura di jodio o soluzione di permanganato 10 %; si cospargono i margini dell'ulcera di vaselina borica gialla e si pone sopra l'ulcera della garza asciutta allo spessore di un dito pollice; al di sopra di questa uno strato d'ovatta spesso due dita, e infine una spugna di gomma che sopravanzi di due dita i margini dell'ulcerazione; il tutto viene fissato per mezzo di una calza elastica che vada dalle dita fino al ginocchio.

Se il malato sa farlo, può togliere la spugna di gomma durante la notte e rimetterla al mattino.

Già dopo 4-5 giorni si vede l'ulcera ripulirsi, il che da una parte è dovuto al miglioramento del circolo, dall'altra al fatto che la spugna assorbe il secreto dal fondo dell'ulcera.

Quando la spugna si bagna viene lavata con acqua e sapone e tenuta una notte in soluzione lisoformica per disinfezione.

Se preesistono delle granulazioni ipertrofiche si toccano con nitrato d'argento; in genere durante la cura non si vede mai un'ipertrofia del tessuto di granulazione.

Se per qualche giorno i pazienti non si fanno medicare può insorgere intorno all'ulcera arrossamento e gonfiore, che vengono eliminati con un giorno di sosta della cura, mentre nella notte si possono fare degli impacchi alla Priessnitz.

Anche l'eczema preesistente alla cura guarisce rapidamente, e non si ripresenta più. Se una volta iniziata l'epitelizzazione non procede speditamente, si può distendere sulla garza in sottilissimo strato pomata al pellidolo, la cui azione stimolante sulla secrezione viene paralizzata con aggiunta di ossido di zinco.

Generalmente nel togliere la medicatura vecchia non si strappa l'epitelio neoformato, ma quando ciò avviene si spalma la garza con vaselina borica. La medicatura si cambia due volte al giorno.

Con questo metodo l'A. ha trattato 34 casi di vene varicose delle gambe ottenendo, in tempo vario, la guarigione in tutti i malati; essa ebbe luogo dopo 3 settimane in 1 caso, dopo 4 in 7 casi, dopo 5-6 in 11 casi, dopo 8-12 in 13 casi. P. STEFANINI.

Sulla pioemia osteoflebitica di Körner.

Mentre la letteratura è ricca di casi di pioemia otitica con tromboflebite del seno, scarseggia di quelli di pioemia senza flebite del seno traverso detta anche « osteoflebitica di Körner ».

R. Gioacchini ne riferisce un caso interessante (*Il Valsalva*, novembre 1933-XII).

Si trattava di una donna di a. 76 operata di urgenza di mastoidotomia e nella quale il seno laterale messo allo scoperto appariva di aspetto normale. Il giorno seguente all'intervento si ebbe rialzo termico e dolore e tumefazione al ginocchio destro: la puntura esplorativa dette esito a pus. Dopo pochi giorni in zone dolore e tumefazione nell'articolazione scapolo-omerale destra. Trasferita la malata in clinica chirurgica, venne quivi operata di artrotomia del ginocchio destro, drenaggio e trattata con iniezioni di elettrargolo. Per circa due mesi continuò temperatura a tipo pioemico. Dopo qualche tempo si formarono tre nuove vaste raccolte purulenti nella natica e faccia esterna della coscia sinistra con rapido obitus.

La diagnosi di pioemia otitica senza flebite del seno fu fatta in base alla mancanza di fatti generali gravi e alla insorgenza di una artrite purulenta del ginocchio destro: localmente mentre la zona operata non reagiva, il seno si manteneva normale, pulsante e di color bleu.

Il Körner ha studiato a fondo la pioemia otitica senza sinutrombosi sulla base di 51 casi verificatisi in individui giovani.

Ancora discusso ne è il problema della patogenesi. Tre teorie si contendono il campo: quella di Körner, Schwartze e Henler che ritengono si tratti di una flebite delle piccole vene che prendono origine nel temporale e nelle sue cavità; quella di Leutert che non concepisce pioemia otitica senza flebite di un seno peritemporale e riferisce la forma di Körner ad una trombosi parietale del seno; quella di

Brieger e Heymann che spiegano la pioemia con il passaggio diretto di germi infettivi nella circolazione sanguigna. Ma tutte e tre queste teorie si prestano ad acute critiche.

Gli ascessi secondari si formano il più di frequente nelle articolazioni o nei tessuti circostanti, ma se ne possono riscontrare anche nel tessuto muscolare e nel cellulare sottocutaneo.

Nella maggior parte dei casi gli ascessi, se convenientemente trattati, guariscono facilmente, donde la diagnosi benigna della affezione, in contrapposto alla classica pioemia otogena con tromboflebite di qualcuno dei seni peritemporali, la cui prognosi è molto riservata. VICENTINI.

Valore del tempo di coagulazione per il prognostico e la profilassi delle complicazioni postoperatorie.

M. Villard (*Lyon Chir.*, n. 4, 1933) ricorda come nei fibromi uterini con pregresse emorragie la coagulazione è quasi sempre accelerata, predisponendo alle embolie e flebiti.

L'A. quindi studia in queste pazienti il t. di coagul. prima e dopo l'intervento e, appena questo si prolunga, fa applicare 1-2 mignatte. Per l'irudinizzazione che ne consegue, il t. di coagul. ritorna anche al di sotto dei limiti normali, ma essendo l'effetto di breve durata (3-5 g.), ricorre a nuove applicazioni di mignatte, e ciò finchè la paz. viene dimessa. Ritiene pericolosa la mignattazione, quando la flebite si è già sviluppata, predisponendo secondo l'A. all'embolia.

In base ai suoi risultati si dichiara contento di tale accorgimento profilattico e lo raccomanda. R. GRASSO.

La gangrena da malaria.

Il sopravvenire di alterazioni gangrenose nel corso di malaria è sicuramente eventualità rara. L'unico caso sinora descritto era quello di Schewket al quale bisogna aggiungere ora questo di E. Zimmermann (*Deutsche Med. Woch.*, 29 dic. 1933), pur facendo qualche riserva.

Il processo ha luogo a carico delle estremità (piede, mano, orecchio, naso).

Nel caso descritto dall'A. si trattava di un individuo di 40 anni, il quale era stato sottoposto a malarioterapia perchè affetto da paralisi progressiva. Nel corso degli attacchi febbrili si manifestò prima cianosi della punta del naso e delle orecchie, che andò sempre più intensificandosi, fino ad aversi una netta linea di demarcazione con eliminazione della parte cartilaginea del naso e dell'elice.

Contemporaneamente si stabiliva un grave stato di decadenza organica con anemia a tipo secondario di alto grado.

Secondo l'A. la causa della gangrena da malaria è da considerare di origine vasomotoria.

[È da notare che un dermatologo, al quale il paziente era stato inviato per consulenza, aveva diagnosticato a torto, secondo l'A., la lesione come sifilitica terziaria.

Anche se non puramente luetica, certo lo stato luetico deve aver contribuito al manifestarsi della lesione e quindi il caso non può considerarsi come un vero caso di gangrena delle estremità da malaria. *N. d. R.*].

G. LA CAVA.

Il salasso nel trattamento dell'emorragia cerebrale.

E. Bernard (*Soc. anatomique de Paris e Presse médicale*, 6 genn. 1934) ritiene che la maggior conoscenza che oggi abbiamo sugli effetti fisio-patologici del salasso permette di considerarne meglio le indicazioni e le controindicazioni.

Tre fattori intervengono nel salasso: il volume dell'emissione sanguigna, la sua rapidità ed il terreno su cui è praticata.

Un salasso copioso ed eseguito molto rapidamente, specialmente se si tratta di un individuo anziano arteriosclerotico, può essere nocivo per le modificazioni tensionali nelle arterie, nelle vene e specialmente nel liquor, tutti fenomeni che sono suscettibili di determinare delle rotture di equilibrio nel momento in cui l'encefalorragia richiede il minimo possibile trauma per « cristallizzarsi ».

Invece, se l'individuo è ancor giovane, un salasso moderato, eseguito lentamente ed eventualmente ripreso non presenta gli stessi inconvenienti e non si deve rifiutare sistematicamente un metodo terapeutico che ha fatto le sue prove nella pletora e nell'ipertensione parossistica, sindromi che sono spesso all'origine dell'emorragia cerebrale. *fil.*

SEMEIOTICA.

Come interpretare il valore della glicemia.

Il valore della glicemia è la risultante di numerose azioni e reazioni, di cui non poche tuttora ci sfuggono. Perciò esso deve essere sempre interpretato con acuto senso clinico. Holm (*Le Scalpel*, 3 febbraio 1934) riassume alcune importanti nozioni in argomento.

Anzitutto il decorso di una curva glicemica da prova di carico con glucosio può decorrere in modo molto diverso dall'abituale. Particolarmente interessante che la fase di ipoglicemia iniziale può accentuarsi al punto, che si hanno valori di 0,38-0,25 ‰ con tutta la sindrome relativa.

Inoltre si è potuto appurare l'esistenza di molti casi di ipoglicemia cronica, o per tumori del pancreas, o per alterazioni cerebrali, o sine materia. Ci sono dei soggetti che con meno di 0,60 ‰ di glucosio nel sangue, stanno benissimo e sopportano cure insuliniche fatte in essi per arteriti o altro. All'opposto, sono

frequenti i casi di iperglicemia cronica senza glicosuria; non sono dei veri diabetici ma possono presentare lo stesso gravi disturbi: dalla sciatica all'eczema ribelle (malattie prediabetiche di Marañon).

Dal punto di vista dottrinale è anche molto interessante, che spesso vi sia discordanza tra glicemia e glicosuria, il che è verosimilmente dovuto a varietà d'altezza della soglia renale, che può andare nei vari soggetti da 1,25 a 4 ‰.

La soglia è spesso molto variabile nei diabetici ed è meglio prognosticamente se lo è molto. Il vitto ha influenza su di essa: un regime povero di zucchero la avvicina al valore della glicemia.

Santonina ed insulina, agirebbero in parte, elevando la soglia renale per il glucosio.

Inoltre, ed è molto importante praticamente, si è potuto stabilire che non vi è parallelo fra tasso glicemico e disturbi da ipoglicemia. Si era già osservato, del resto, che in certi casi di coma insulinico, la glicemia continuava a scendere quando il malato si era clinicamente ripreso. Ciò fa pensare all'A. che gli accidenti osservati in Clinica non risultino sempre dall'ipoglicemia, ma dall'iperinsulinemia vera e propria e del resto si è già parlato di azione tossica dell'insulina. Talchè sarebbe buona regola di non superare mai le 20 u. per iniezione e di distanziare oculatamente le varie iniezioni nel corso della giornata.

Da tutto ciò risulta la scarsa importanza che ha « la cifra » della glicemia presa in sè e per sè. Anche nei disturbi ipoglicemici essa dà solo un'idea di come stanno le cose. Potremo interpretarne bene il significato, solo quando conosceremo a fondo tutti i fattori che regolano il metabolismo degli idrati di carbonio. M. COPPO.

NOTE DI RADIOLOGIA

Lo studio radiografico delle vie genitali maschili ossia la vaso-epididimo-vescicolografia.

N. Dobrzaniecki (*Journ. de Chirurg.*, n. 6, 1933) studia l'argomento dal punto di vista sperimentale e clinico, giovandosi del thorotrast, che ha il pregio di non precipitare in presenza di liquidi organici. Dopo averlo studiato sul cane e su pezzi anatomici ha trasportato il metodo in clinica e con facilità data la sua semplicità ed innocuità.

Tecnica: afferrato il deferente tra pollice ed indice nella sua porzione sopraepididimaria, viene messo allo scoperto con una piccola incisione; si esteriorizza e si punge con un ago fine a punta smussa fino a penetrare nel lume del deferente, raggiunto il quale l'ago procede con facilità. Si inietta allora 2-3 cc. di thorotrast nel tratto distale (*epididimografia*) e 3-5 cc. nel tratto prossimale (*vesciculografia*). Si esegue quindi la radiografia. Nei casi in cui il deferente ha pareti spesse, può esser difficile raggiungerne il lume con la tecnica della vasopuntura su accennata, ed è meglio ricorrere al sondaggio a cielo scoperto previa vasotomia. Se il deferente è completamente obliterato si può iniettare il contrasto nella tunica del deferente, il che mette meglio in rilievo l'apparato epididimo-deferenziale.

L'A. ha potuto con tale metodo precisare varie diagnosi del sistema didimo-epididimo vescicolare ed avere dati anatomici indiretti di tale sistema prima dell'operazione, per cui ne prevede una più ampia applicazione clinica nel campo patologico.

R. GRASSO.

Urografia escretoria con speciale riferimento ad un nuovo composto: l'ortoiodo-ippurato di sodio.

Moses Suwck (*The Journal of the Amer. Med. Ass.*, 9 dicembre 1933) riporta la sua esperienza clinica e sperimentale sul nuovo preparato: l'Ortoiodo-ippurato di sodio. Ricorda che somministrando l'acido iodobenzoico si ha l'eliminazione di acido ippurico che rappresenta il risultato finale dei processi di disintossicazione.

Egli basando il suo giudizio su più di 200 casi trova che la sostanza è molto tollerata, molto solubile, non tossica. Ha potuto constatare che fatta l'iniezione, normalmente dopo 8 ore vengono eliminate circa il 90-95 % della soluzione, di cui il 60-66 % durante la prima ora ed il 70-80 % durante le prime 2 ore. La soluzione del preparato rimane inalterata e può essere mantenuta in fialette sterili pronte per l'uso. Per adulti bastano 10-15 grammi del preparato sciolti in acqua distillata alla concentrazione del 50 %. Al disotto dei 13 anni se ne adoperano 10 grammi. Fatta l'iniezione dopo 10 minuti si pratica il primo urogramma e altri due ad intervalli di 20'. In caso di disturbi funzionali conviene prolungare l'osservazione.

Il preparato è stato dall'A. usato largamente per via orale con risultati soddisfacenti nel 50 per cento dei casi. In questo caso 10-15 grammi della sostanza vengono sciolti in 75 cc. di sciroppo semplice e gli urogrammi si fanno dopo 60-90-120-150 minuti dall'ingestione della sostanza. L'A. pur avendo con questo metodo ottenuto risultati soddisfacenti, ammette non essere così costanti quanto quelli avuti per la via endovenosa.

La preparazione dell'ammalato consiste: purga di olio di ricino la sera avanti e digiuno assoluto anche di liquidi nel mattino.

Per ottenere degli urogrammi ben definiti e leggibili è indispensabile l'applicazione di una moderata pressione sulla regione vescicale per mezzo di un pallone gonfio di aria tenuto in posto per tutto il tempo dell'esame sulla linea mediana, immediatamente al disopra delle sinfisi pubica. SCANDURRA.

Contributo alla conoscenza dei fenomeni idro-meccanici pielo-renali nella pielografia ascendente.

E. Castronuovo e B. Baroni (*Ann. It. di Chir.*, agosto 1933), esteriorizzati gli ureteri, hanno iniettato (in cani) ioduro di litio, uroselectan A e B, abrobil, per-abrodil, pielofanina e toriofanina. Con pressioni inferiori o eguali a quella secretiva renale i films mostravano reflusso pielo-linfatico o r. pielo-tubulare, evidenti in modo decrescente: joduro di litio, pielofanina, urosel., abrodil. Con pressioni leggermente superiori e con tempo breve: imagini pielografiche miste di r. pielo-linfatico e pielo-tubulare colle sostanze dette, uroselectan B. e per-abrodil. Con toriofanina mai reflusso.

Con pressioni alte e tempo breve hanno ottenuto reflusso misto pielo-tubulare e pielo-venoso. Con tutte le dette sostanze le imagini erano confuse, mentre colla toriofanina erano nette.

La diversità di rilievi pielografici fa presumere agli AA. che dipenda dalla diversa costituzione chimico-fisica delle sostanze opache, da condizioni anatomiche, anatomo-patologiche e funzionali pielo-renali, unite a fattori idro-meccanici. CIDDIO,

IGIENE.

Uso della chinoplasmina nella lotta antimalarica.

A. Missiroli e P. Marino (*Arch. für Schiffs- u. Tropenhyg.*, gennaio 1934) riferiscono in un lungo e interessante articolo, abbondantemente corredato di grafici, sui risultati ottenuti sottoponendo sistematicamente tutta la popolazione di un villaggio della Sardegna alla cura con la chinoplasmina (plasmochina 2 cg., chinino solf. 60 ctgr.) per una durata oscillante dai 10 ai 20 giorni, nel corso del periodo pre-epidemico.

Durante codesto trattamento la percentuale di anofeli infetti scese allo zero, mentre in un villaggio vicino giunse fino al 2 %; l'incidenza della malaria si ridusse notevolmente. Il medicamento fu tollerato senza alcun disturbo.

Tuttavia il trattamento non esercitò alcuna influenza nella epidemia seguente.

V. SERRA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla derivazione delle piastrine dai megacariociti.

A. Corradetti (*Haematologica*, 1934, n. 3) ha compiuto alcune ricerche microchimiche sulle piastrine e sui megacariociti applicando un suo metodo personale.

Preparati di sangue e di midollo osseo di uomo e di gatto neonato sono stati fissati in alcool a 95° per 24-48 ore, quindi immersi in soluzione normale di acido cloridrico alla temperatura di 60° per 45 minuti-1 ora e infine colorati col Giemsa per 45 minuti-1 ora.

L'osservazione dei preparati così trattati rende evidente che l'acido cloridrico ha prodotto la scomparsa della basofilia e della colorabilità dei nuclei e di una parte delle granulazioni specifiche. Resistono invece all'azione dell'acido cloridrico le piastrine e il protoplasma dei megacariociti. Le piastrine appaiono colorate come nei preparati normali e lo stesso avviene per il protoplasma dei megacariociti.

Il fenomeno costituisce un nuovo elemento di somiglianza tra i granuli azzurrofili delle piastrine e quelli dei megacariociti, per cui si aggiunge un argomento di ordine microchimico ai noti argomenti di ordine morfologico favorevoli alla teoria di Wright della derivazione delle piastrine dai megacariociti. Secondo l'A. però il fenomeno stesso non può considerarsi come prova definitiva della verità della teoria di Wright in quanto l'identità di comportamento delle due sostanze rispetto al processo microchimico su esposto non è sufficiente a far dedurre un'identità di costituzione chimica.

G. T.

VARIA

Razze pure.

Bruxelles-Médical dell'8 aprile 1934 reca:

« Hitler proclama la purezza della razza germanica. Ma la razza non è che un sentimento; non è una realtà. Per errore si confonde tra razza e popolo.

Si distinguono in Europa cinque grandi razze, i cui caratteri biometrici e antropopsicologici sono stati scientificamente riconosciuti. È difficile affermare la purezza della razza germanica in Germania: il tipo biondo fortemente dolicocefalo rappresenta appena 40-50 % della nazione; il resto si compone di brachicefali bruni dinarici e di tutto il sangue israelita misto al sangue nordico. Ecco ove conduce una politica razziale fondata sui pregiudizi e non sull'osservazione scientifica ».

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. PICCININI. *Idrologia Italiana.* — Uff. Stampa Med. Ital., Milano, 1934.

A. SALMON. *Le proprietà termoregolatrici dei nuclei ipotalamici: il loro valore nel meccanismo della febbre.* — Tip. Studium, Napoli, 1934.

A. CERNEZZI. *Sul reflusso di succo pancreatico nelle vie biliari.* — F. Vallardi, Milano, 1934.

C. BACCARANI. *Contributo clinico al meccanismo di guarigione della tbc. polmonare con la frenicoexeresi. Frenicoexeresi o simpaticectomia nella cura della tbc. polmonare?* — Rif. Medica, Napoli, 1934.

M. DE SANTIS. *Differenziazione di tipi nel gruppo « Brucella » mediante la cultura su terreni all'uovo.* — Stucchi Milano, 1933.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

19° *Dottor P. C.* — Se l'ipotetico licenziamento per motivi disciplinari o per pretesa inidoneità non fosse seriamente *giustificato*, sarebbe certamente illegittimo. La soppressione del posto o la trasformazione, qualora questa abbia tale entità da costituire quasi una novazione obbiettiva, possono essere causa di dispensa.

20° *Dottor E. Z.* (C.). — A norma dell'art. 9, secondo capov. della legge 31 gennaio 1904 n. 51 il capo o l'esercente dell'impresa è obbligato a sostenere le spese anche per le prime immediate cure di assistenza medica e farmacaetica, cioè, come chiarisc el'art. 15 del regolamento 13 marzo 1904 n. 141, per quei soccorsi di urgenza che è necessario siano subito prestati, compresa la prima medicatura fatta dal medico, l'accompagnamento e il trasporto del ferito sinchè esso sia in condizioni normali di cura.

21° *Dottor G. G.* (M.). — Salve diverse disposizioni del capitolato locale, il periodo di servizio utile agli effetti degli aumenti periodici, decorre dalla data della nomina definitiva in base a concorso. Il servizio interinale precedente è utile agli effetti del periodo di prova e non per qualsiasi altro effetto, che presupponga la costituzione di un rapporto di impiego in base a nomina definitiva per ufficio di titolare.

22° *Dottor F. C.* (A.). — Interpetrando benevolmente la disposizione dell'art. 29 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 n. 446, si può ritenere che il limite di tre mesi stabilito per il congedo straordinario in ciascun anno non precluda il congedo per l'anno successivo, qualora la infermità continui senza interruzione dall'uno all'altro anno. Questa interpetrazione, oltre che benevola, a me sembra anche logica perchè l'art. 29 stabilisce il limite di tre mesi in ciascun anno.

23° *Dottor A. A.* — Il Prefetto può provvedere d'ufficio alla costituzione del Consorzio coattivo, salvo l'eventuale ricorso del Comune. La modificazione dell'ordinamento delle condotte, derivando da un atto amministrativo legittimo, non è fonte di danno risarcibile o causa idonea a giustificare una indennità.

24° *Dottor L. A.* — È da ritenere che Lei abbia diritto ad una retribuzione per prestazione straordinaria durante il congedo dell'altro medico. Circa la misura, si può tener conto equamente dello stipendio normale, però con riduzione.

25° *Dottor D. C.* (C.). — L'art. 9 della legge 23 giugno 1927 n. 1070 obbliga gli esercenti la professione di medico chirurgo a denunziare al Podestà, in ogni caso di morte, la malattia che ne è stata la causa. Se il medico ha interrotto la sua assistenza prima della morte, non ha effetto l'obbligo della denunzia. Ma se l'evento avviene nel corso della cura, prestata dal sanitario, questi è obbligato alla denunzia.

Diverso e distinto è l'accertamento della morte ai fini dell'ordine di seppellimento. La constatazione della morte è fatta dal medico necroscopo. Nei Comuni che non affidano ad uno speciale sanitario questo servizio, la constatazione è fatta dal medico condotto.

Il consulente, chiamato soltanto per dar parere, non è obbligato alla denunzia della malattia che ha determinato la morte.

26° *Dottor B. M.* — Costituito il Consorzio, si estinguono i due rapporti di impiego comunale preesistenti. A rigore si dovrebbe bandire un concorso.

Sulla base della graduatoria, il Podestà o la rappresentanza del Consorzio procede alla nomina. Le preferenze, per benemerenze militari o per servizio prestato, influiscono soltanto sull'ordine della graduatoria, qualora si verifichi la condizione della uguaglianza del merito. Per es.: fra due concorrenti graduati primi *ex equo* per merito sarà classificato al primo posto chi ha titolo di benemerenza militare.

Secondo la giurisprudenza del Consiglio di Stato, il Podestà ha facoltà di scelta. Il Ministero, però, ha dato istruzioni ai Prefetti al fine della nomina del primo graduato quando non risultino motivi che giustifichino la esclusione del primo e la nomina del secondo. Sin ora i Prefetti si uniformano a questi criteri. Quindi, la graduatoria ha molta importanza.

27° *Dottor A. M.* (M.). — L'art. 64 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 stabilisce che il decreto del Prefetto determina la condizione di assunzione del medico chirurgo e dichiara la competenza passiva della spesa. Quindi, spetta al Prefetto di provvedere, se già nel decreto di assunzione non abbia stabilito tutte le condizioni. L'onere è a carico del Comune. La legge prevede, oltre l'indennità compensativa della prestazione, il trattamento di pensione privilegiata. Non è considerato il caso della infermità temporanea che non sia causa di cessazione del servizio. Tuttavia, per ragioni equitative, è da ritenere che sia giustificato un provvedimento attributivo di una indennità a carico del Comune. Anche per questo effetto dovrebbe provvedere il Prefetto.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il Medico nel Regime Fascista.

L'On. Prof. Eugenio Morelli il giorno 22 febbraio c. a. ha pronunziato a Firenze il discorso inaugurale dell'anno accademico della Scuola di Applicazione di Sanità Militare. L'egregio scienziato ed organizzatore ha fatto un'ampia disamina della posizione del medico nel regime fascista precisandone la funzione morale, scientifica, economica, politica e militare.

Le esigenze dello spazio non ci consentono di pubblicare per intero l'interessante conferenza: ne riassumiano i punti essenziali.

« In regime fascista la Nazione chiede al medico non solo di offrire la sua potenza scientifica e la sua capacità curativa ma richiede anche che egli dia tutta la sua potenza morale che è veramente enorme quando il medico sa farsi amare.

Il medico entra in tutte le famiglie, dal palazzo al casolare, conosce le debolezze del corpo e dell'anima, ne penetra i segreti, e perciò nessuno come lui è padrone della psicologia del popolo e sa trovare la via dell'animo.

Egli penetra nelle famiglie nel momento in cui l'animo è più sensibile, nel momento in cui egli rappresenta la speranza. Basta allora un sorriso, un gesto, una frase, perchè essa si scolpisca nell'animo dell'ammalato e dei parenti e li porti verso la via del bene o da essa invece li allontani.

Conscio del suo ascendente senta dunque il medico il dovere di mostrare ai dolenti la bellezza del nuovo volto della Patria, la grandezza di Colui che sempre la sua mente agli umili rivolge.

Fermate il pensiero del popolo su questo dato di fatto: in 10 anni di Fascismo i morti per tubercolosi sono scesi da 65.000 a 35.000! Sono 30.000 uomini salvati ogni anno!

Quante lagrime asciugate, quanto sorriso donato, quanta ricchezza apportata alla Nazione!

Le opere assistenziali permettono al popolo di resistere anche quando il lavoro può venire a mancare. Mirabile sovra a tutte l'assistenza invernale, che offre ai bisognosi col pane materiale il pane morale salvandoli nel corpo e nello spirito e l'istituzione delle colonie che apportano la rugiada ristoratrice a tanti corpi affraliti, e allo spirito segnano la giusta via.

Il Duce ha detto nel suo discorso: « *Il medico è come il sacerdote: accompagna l'uomo dal principio alla fine. Il sacerdote tutela la nostra anima e fa in modo che sia degna della beatitudine ultra terrena. Il medico ci protegge la salute del corpo, che anch'essa è essenziale, tanto è vero che quando non c'è si fa tutto il possibile per recuperarla. Ma su questo settore bisogna sopratutto, a mio avviso, prevenire. Anche qui noi siamo antiliberali e preferiamo prevenire piuttosto che intervenire dopo per correggere* ».

Cerchi perciò il medico con ogni sua forza di prevenire le malattie.

Mirabile come concezione, sacra come funzione fu l'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia. Viene poi l'Opera Nazionale Balilla, che accoglie gli adolescenti sani e li plasma e li rafforza nel corpo e nell'anima per consegnarli in purezza di corpo e di spirito al Partito Fascista e alla Milizia.

Ma anche altre istituzioni hanno non solo altissimo valore morale ma anche grande valore di protezione della razza: il Dopolavoro e tutte le manifestazioni sportive. Esse salvano il lavoratore dall'ozio e lo spingono all'esercizio; dalla folla anonima nascono quei campioni che stanno a dimostrare che la razza italica ha ormai ripreso l'antica possanza.

Il Duce disse del naturismo: « *Io sono profondamente convinto che il nostro modo di mangiare, di vestire, di lavorare e di dormire, tutto il complesso delle nostre abitudini quotidiane, deve essere riformato. Bisogna fare agire gli elementi della natura sul nostro corpo; prima di tutto l'aria, il sole e il movimento, se vogliamo veramente — secondo la immagine carducciana — scendere tra le grandi ombre senza il petto meschino e il polmone contratto* ».

E per fortuna nostra le colonie marine, montane e campestri stanno portando l'abitudine dello sport all'aria libera, a corpo largamente denudato, bruciato dal sole, tormentato dal vento.

La funzione sanitaria non deve esaurirsi nella cura dell'ammalato ma deve spingersi alla prevenzione: occorre dare forma sociale alla missione medica. Nè la cosa è facile, poichè la sacra missione di carità porta fatalmente il medico all'individualismo: solo la forza del Fascismo lo può fare assurgere a mète più alte.

La tendenza dello Stato Fascista è quella di centralizzare gli sforzi sanitari per sempre meglio organizzarli. Il Fascismo distrusse la condotta piena perchè non accadesse che il danaro dei poveri servisse per la cura gratuita di coloro che fortunatamente poveri non erano, ma più che tutto perchè il medico non esaurisse tutte le sue energie e non avesse perciò tempo per lo studio.

Ma presto si dimostrò che il medico per i puri poveri non era sufficiente e che conveniva pensare anche a coloro che poveri diventavano in caso di malattia di lunga durata, quando qualunque risparmio è insufficiente a sopperire ai bisogni. Sorsero perciò le assicurazioni sociali per la tubercolosi e per le

malattie del lavoro, sorsero le Mutue, e perciò appunto nella Carta del Lavoro fu prevista l'assicurazione contro tutte le malattie.

Le stesse Mutue debbono essere aiutate, perchè rappresentano uno sforzo notevole di protezione del lavoratore. Solo esplicando con perfezione di intenti il nostro dovere verso di esse noi potremo ottenere quanto desideriamo, cioè che le Mutue servano solamente per i poco abbienti; che le persone assegnate per cura ad ogni medico non siano troppo numerose perchè rimanga tempo per la libera professione, unico mezzo per elevare la cultura medica; che la scelta del medico sia fatta d'accordo con i Sindacati medici, perchè non accada che il sorgere di una Mutua equivalga alla distruzione economica di quei medici che dovrebbero essere protetti; che anche alle Mutue si acceda per concorsi nei quali i meriti e le condizioni economiche possano essere ben vagliati.

Dalle statistiche, nella sua mente sintetica, Egli trae quelle verità che a noi sono sconosciute e per esse Egli insegna la via della redenzione al popolo.

La creazione di nuovi ospedali, di numerosi sanatori, di ambulatori, di dispensari, fa sorgere dei doveri che prima non esistevano o erano meno sentiti.

E perciò il medico ha l'obbligo di sempre più istruirsi; esso deve chiedere come dovere quelle vacanze per istruzione che lo Stato gli permette e gli consiglia.

Voi vi accorgerete di avere dinnanzi a voi non più la semplice figura del medico curante, ma un medico costantemente in funzione dello Stato. Tanto è sentita ormai questa funzione che vi è chi vorrebbe che il medico si spersonalizzasse per diventare veramente impiegato di Stato. Credo che il problema debba essere ben studiato, poichè la spersonalizzazione potrebbe forse apportare qualche utile, ma maggiori ne sarebbero i danni.

Senza voler tornare al vecchio medico condotto, che veramente era il padre del paese, penso che il medico di famiglia che conosce di persona tutte le vicende e che talvolta è una forza potente di coesione famigliare, debba sempre sussistere... Per questo mi sono opposto ad un'errata concezione iniziale del medico delle mutue che, nel caso di una famiglia composta di individui di professioni diverse, avrebbero avviato ad essa diversi medici. Ora è dogma, si può dire ereditario, che il medico che gode la fiducia del capo, sia colui che su tutta la famiglia esplica la sua opera.

Lasciamo che il medico nel gruppo famigliare diffonda tutte quelle idee che il Duce vuol portare a conoscenza del popolo; lasciamo che egli nelle famiglie faccia profondamente sentire la bellezza del Fascismo e renda noto non solo il bene largamente diffuso, ma le stesse tendenze morali che per il bene della Nazione il Duce vuole diffondere.

Ricordate che Egli pone come base della politica del Regime l'aumento della popolazione e ricordate anche che Egli definì storture sociali alcune fisime che debbono essere corrette, come la tendenza al dimagramento della donna. A voi medici il compito di dimostrarlo, voi che questi danni potete valutare.

Nè la funzione del medico è esaurita: anche nella parte economica egli deve esercitare la sua grande influenza. Ancora troppe medicine arrivano dall'estero, ancora troppi malati sono mandati fuori d'Italia per cercare una cura; tutto ciò vuol dire che il medico non sente ancora abbastanza il suo dovere patriottico. L'Italia Fascista sarà perfettamente costruita solo quando si potranno aprire tutte le barriere, ma nessun italiano comprerà merci non prodotte in Italia. Questo principio voi dovete istillare al popolo, e se ogni volta che entrate in una famiglia, vedendo un oggetto che dall'estero proviene e che può perfettamente bene trovarsi fabbricato in Italia, voi bonariamente prima, severamente poi ne chiederete la ragione, molto potrete ottenere.

Quando voi in una famiglia ordinate specialità di altissimo prezzo, mentre potreste ottenere lo stesso effetto con una ricetta del costo di pochi soldi, fate opera dannosa poichè accrescete la miseria in un momento di crisi economica; accrescete i lamenti, aumentate il dolore.

Nella famiglia voi dovete studiare anche il problema dell'alimentazione che deve essere vagliata in relazione alle condizioni economiche famigliari: voi saprete insegnare che anche con poca spesa si può procurare sufficiente alimento purchè esso sia razionale.

La professione del medico si svolge tra molte storture ed asperità sociali.

Il medico è un professionista sempre in perdita e non solo nel bilancio economico ma anche in quello morale: infatti mentre ogni professionista è apprezzato per l'opera compiuta, al medico accade che la guarigione dell'ammalato è attribuita alla divinità, mentre il peggioramento o la morte sono imputati alla sua opera errata. Nessuna madre ammetterà mai di aver partorito un figlio deforme: la colpa sarà sempre del medico che ha male assistito il parto.

La società nella impossibilità di ricompensare il medico per l'immenso bene che procura con l'opera curativa e preventiva, pare voglia vendicarsi trascurandolo. Forse si stabilisce un equilibrio affettivo: il medico è talvolta apprezzato anche eccessivamente dai malati ed è perciò troppo dimenticato dai sani; essi desiderano scordarlo per la tendenza umana a scordare i fatti dolorosi dell'esistenza. Nè ciò vi faccia meraviglia: la nostra

missione si esplica in ambiente patologico e perciò anche le reazioni affettive individuali ne risentono, dimostrandosi o troppo vivaci o eccessivamente torpide.

Giovani colleghi: ho voluto accennare a queste storture sociali verso il medico, per martellarvi lo spirito, perchè nella battaglia della vita non vi lasciate fiaccare dall'imprevisto e perchè nell'incomprensione altrui troviate forza per sempre più dare.

Il medico fascista deve raccogliere la fiaccola di bontà ereditata e deve portarla sempre più in alto, e la luce che già brillava sull'individuo malato deve essere diffusa sulla società. La convinzione di avere compiuto bene sociale vi apporterà gioia infinitamente più dolce e duratura di quella pure dolce e santa che vi deriva dal bene esplicato sull'individuo. Essa rappresenta una moltiplicazione delle opere di bene che non vi darà la riconoscenza immediata, ma la dolcissima speranza di un bene futuro, sia pure molto ipotetico. Misero colui che opera per l'utile immediato, per la gioia del momento; questa deve rappresentare solo il ristoro che dà lena per visioni più lontane ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *Consorzio Prov. Antitubercolare Vittorio Emanuele III.* — Scad. 31 maggio, ore 12; direttori delle Sezioni dispensariali di Canosa di Puglia, Corato, Molfetta, Monopoli, Palo del Colle; L. 9000, rimborso spese di viaggio, indennità trasferte L. 30 e L. 50 giornaliere, 4 quinquenni dec.; titoli ed esami; età limite 45 a.; documenti a 3 mesi dal 30 mar.; chiedere annunzio alla segreteria; domanda al presidente (via Dante Alighieri 42).

BIELLA (*Vercelli*). *Ospedale degli Infermi.* — Scad. 30 apr. Primario ostetrico della Sezione maternità. Rivolgersi alla Direzione.

BRESCIA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 apr.; direttore dell'Ospedale Psichiatrico Prov.; L. 21.000 oltre L. 5500 serv. att., alloggio interno, 3 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50.

CAPANNOLI (*Pisa*). — Scad. 31 mag.; per frazione; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

CASAL VELINO (*Salerno*). — Scad. 30 apr.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età limite 35 a.

CASELLE LURANI (*Milano*). — Concorso per titoli a medico condotto per il Consorzio Medico di Caselle Lurani, Castiraga Vidardo, Marudo e Valera Fratta. Stipendio annue lorde L. 13.000 suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo. Documenti di rito. Scadenza ore diciotto del 21 maggio 1934-XII. Residenza in Marudo. Indennità annua per auto L. 3500 riducibili del 12 %. Periodo di prova anni 2. Assunzione entro mese nomina. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Caselle Lurani.

CASINA (*Reggio Em.*). — Scad. 30 apr.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 3000 cavallo o automobile (obbligatori), L. 2000 indenn. categoria, L. 500 ambulat.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

CASTELLO DI CISTERNA (*Napoli*). — Scad. 1 mag.; L. 9500; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50.

CASTIRAGA VIDARDO (*Milano*). — (Vedi CASELLE LURANI).

CEPRANO (*Frosinone*). — Scad. 30 apr.; medico chirurgo comprimario; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; riduz. 12 %; età limite 24-35 a.; tassa L. 50.

CHIUSI DELLA VERNA (*Arezzo*). — Scad. 15 giu.; 1ª condotta; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 2000 trasp.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Il termine del concorso, per titoli, alla condotta medico-chirurgica di Morra, con obbligo di residenza in tale frazione, è prorogato a tutto il 31 maggio 1934-XII. Stipendio annuo L. 7000, aumentabile di un decimo per cinque sessenni. Indennità di servizio attivo L. 600 e indennità temporanea di caroviveri. Obbligo del mezzo di trasporto per le visite ai soli poveri, con annua indennità di L. 500 se per bicicletta, L. 2000 se per motociclo, L. 4000 se per cavalcatura od automobile. Stipendio ed indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute di legge. Le domande, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso del 20-III-1934 da richiedersi alla Segreteria del Municipio di Città di Castello, debbono pervenire a detta Segreteria non oltre il 31 maggio 1934-XII.

CODOGNO (*Milano*). — (Vedi MILANO. *R. Prefettura*).

COMO. *R. Prefettura.* — Scad. 15 mag.; uff. san. di Bellagio e uniti; L. 15.000 oltre L. 3500 trasp.; richiedere bando.

FABRIANO (*Ancona*). *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Posto di Medico Primario; stipendio iniziale L. 10.000 aumentabile di 10 bienni di 1/20 ciascuno; indennità per consulti a malati poveri fuori del Nosocomio L. 2000; 70 % sugli onorari per cura abbienti in ospedale; 50 % provento ambulatorio medico; 40 % incassi laboratorio chimico. Ritenute di legge. Seguirà la nomina retribuita a direttore dell'ospedale. Documenti di rito; libera docenza in clinica o patologia medica oppure certificato di essere stato aiuto od assistente effettivo per almeno quattro anni in clinica medico-universitaria o di un reparto medico di ospedale di almeno 300 letti. Pratica di laboratorio e di radiologia. Scadenza concorso 31 maggio 1934. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Fabriano.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Proroga al 9 giu. del concorso per vice direttore sanitario; età limite portata a 50 anni, condizionata; chiedere annunzio.

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il Presidente con bando del 30 marzo u. s., informa che il concorso al posto di Direttore del Consorzio - Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare, bandito con avviso del 27 gennaio corrente anno, è prorogato al 30 maggio 1934.

LEGNANO (*Milano*). — Scad. 25 mag., ore 17; 1ª condotta; L. 11.500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; L. 400 bicicletta; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

LODI (*Milano*). — (Vedi MILANO. *R. Prefettura*).

LONDRA. *Ospedale Italiano*. — Il bando di concorso pubblicato nel precedente N. 14 del nostro periodico, è modificato come segue:

Posto di Assistente Medico Onorario (senza stipendio) presso l'Ospedale Italiano in Londra. I candidati devono avere il titolo di libero docente in Clinica o Patologia Medica e devono essere registrati o registrabili in Gran Bretagna. Per la registrazione sono necessari la laurea italiana e l'iscrizione all'Ordine dei Medici d'Italia. Le domande devono pervenire non più tardi del 10 maggio 1934 al Segretario dell'Ospedale, Queen Square, LONDRA, W. C. 1.

MAIRAGO (*Milano*). — Scad. 45 giorni dal 5 aprile; L. 13.000, oltre L. 550 se uff. san., L. 400 bicicletta; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età limite 35 a.; tassa L. 50,20; doc. a 3 mesi. Chiedere annunzio.

MARUDO (*Milano*). — (Vedi CASELLE LURANI).

MASSA-CARRARA. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Scad. 25 mag., ore 16; direttore; L. 18.000 al netto del 12 %; età limite 45 a.; docum. a 3 mesi dal 20 mar.; tassa L. 50,10; titoli ed esami. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo di Governo).

MILANO. *R. Prefettura*. — Tre posti per Ufficiale Sanitario Consorziale pei Consorzi di Lodi, Codogno e Vimercate. Titoli ed esami. Stipendio L. 18.000, 5 aumenti quadriennali del decimo, L. 5000 indennità automobile, più compensi prestazioni per interessi privati. Divieto esercizio professionale. Scadenza 10 giugno 1934. Chiedere bando e schiarimenti R. Prefettura, Ufficio Sanitario, Milano.

MONOPOLI (*Bari*). — Scad. 27 apr.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

PAVIA. *Municipio*. — Per titoli ed esami, concorso al posto di Medico aggiunto presso l'Ufficio di Igiene. Stipendio annuo lordo L. 11.500 ridotto del 12 %. Caro-viveri come agli altri impiegati, se dovuto, e fino a conservazione e supplemento di servizio attivo di lorde L. 2200 annue. Aumenti di cinque decimi dei quali i primi tre al compiere dei primi trienni di servizio e gli ultmi due al compiere dei due quadrienni successivi. Età massima anni quaranta salvo eccezioni di legge. Scadenza ore diciasette del 20 giugno 1934-XII. Assunzione in servizio entro quindici giorni dalla partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Per i documenti richiedere copia del bando di concorso alla Segreteria comunale di Pavia.

PROVAGLIO VAL SABBIA (*Brescia*). — Per titoli. Posto di medico-chirurgo a condotta residenziale. Stipendio iniziale L. 12.000 annue, con 6 aumenti quinquennali di un decimo, computato, per la maturazione del primo, il biennio di prova. Saranno inoltre corrisposte annue L. 500 per la carica di Ufficiale Sanitario, nonchè la indennità caro-viveri, se dovuta, nella misura corrisposta agli altri impiegati comunali. Stipendio e indennità sono soggetti alle trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. La domanda, in bollo di L. 3. insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio Comunale di Provaglio Val Sabbia che, a richiesta, ne invia copia, debbono pervenire all'Ufficio predetto non oltre le ore diciotto del 30 giugno 1934-XII.

QUISTELLO (*Mantova*). — Scad. 15 giu.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., c.-v., L. 500-1800-2500 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

ROSAZZA (*Vercelli*). — Scad. 5 mag.; consor.; L. 9000 oltre L. 3500 cavalc.

SALUSSOLA (*Vercelli*). — Scad. 15 mag.; L. 8500 compresa indenn. uff. san., oltre indennità varie; tassa L. 50,10.

SAPRI (*Salerno*). — Scad. 30 apr.; L. 6500 e 4 quadrienni dec.; addizionale L. 5 per ogni povero eccedente il 20 % della popolaz.

SCERNI (*Chieti*). — Scad. 5 giu., ore 18; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; trasp. L. 1320; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 5 apr.; tassa L. 50,10. Chiedere annunzio.

TIGLIOLE D'ASTI (*Alessandria*). — Il Podestà rende noto che a tutto il 15 giugno 1934-XII, è aperto il concorso per titoli al posto di medico condotto. Stipendio iniziale L. 7000; indennità mezzi di trasporto L. 2000; indennità di alloggio L. 500; assegni al lordo della riduzione del 12 % e ritenute di legge.

TOSCOLANO MADERNO (*Brescia*). — Scad. 15 giu.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasp., addizionale L. 3 sopra il 20 % della popolaz., c.-v.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

TRIORA (*Imperia*). — Scad. 15 mag.; L. 9000 e 10 bienni ventes.; addizionale L. 5 sopra i 500 pov.; se uff. san. L. 500; servizio ostetrico L. 500 (tempor.); trasp. L. 2500; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,20.

UDINE. *Ospedale Civile di S. Maria della Misericordia*. — Proroga al 30 giu. ore 18 dei concorsi a: primari dermosifilologo, otorinolaringoiatra, oculista, anatomopatologo, radiologo, 2 aiuti medici, 2 aiuti chirurgi, 1 aiuto radiologo, 10 assistenti.

VALERA FRATTA (*Milano*). — (Vedi CASELLE LURANI).

VARNA (*Bolzano*). — Scad. 25 apr.; consorzio; L. 6800 e 5 quadrienni dec.; per il 20 % della popolaz.; addizionale L. 6; c.-v.; L. 1800 trasp.; alloggio o indenn. di L. 2200; se uff. san. L. 680; riduz. 12 %· tassa L. 50.

VIMERCATE (*Milano*). — (Vedi MILANO. *R. Prefettura*).

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Il Comitato ordinatore del *VI Congresso internazionale degli infortuni e delle malattie sul lavoro* (congresso svoltosi a Ginevra nel 1931) ebbe a istituire un premio unico di 1000 franchi svizzeri, da assegnare all'autore del miglior lavoro originale e inédito sul tema: « Valore dello stato anteriore nell'apprezzamento delle sequele d'un infortunio sul lavoro ». Sono ammessi a concorrere medici di tutti i paesi. Il premio sarà conferito in occasione del prossimo congresso, che si

terrà a Bruxelles nel 1935. I manoscritti, dattilografati, dovranno pervenire al segretario generale del Congresso, Dr. Yersin (rue de la Monnaie 3, Genève, Svizzera), non oltre il 31 dicembre 1934. Potranno essere redatti in francese, inglese, italiano o tedesco. L'autore rimarrà proprietario della sua opera, ma questa dovrà essere pubblicata entro l'anno che seguirà l'attribuzione del premio. La commissione giudicatrice sarà composta dal Comitato ordinatore del VII Congresso. I manoscritti non devono essere firmati, ma corredati di un motto, riportato su di una lettera chiusa, contenente il nome, l'indirizzo ed i titoli del candidato.

Dalla *Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia* (Ente Morale R. D. 20 dicembre 1923) è bandito un concorso al « Premio Tommaso De Amicis » per l'anno 1935.

Il premio, di L. 2000, non divisibile, sarà assegnato all'autore del migliore lavoro a giudizio della Commissione esaminatrice, sopra un tema a scelta del concorrente, che rifletta un argomento della specialità dermosifilopatica. I concorrenti dovranno essere di nazionalità italiana.

Le memorie presentate al concorso non potranno essere scritte a mano ma dovranno essere copiate a macchina o stampate: sempre inedite. Esse porteranno un motto convenzionale che sarà ripetuto sopra una busta chiusa ed opaca la quale conterrà il nome dell'autore. Anche su questa busta il motto sarà scritto a macchina o stampato.

I lavori dovranno essere fatti pervenire in piego postale raccomandato al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesanò, piazza Campo Marzio 3, Roma (120), entro il 30 giugno 1935. I lavori pervenuti dopo quel giorno non saranno presi in considerazione. La Commissione giudicatrice sarà nominata prima della scadenza del concorso dalla Presidenza della Società e sarà composta di tre soci ordinari. Il deliberato della Commissione è inappellabile: esso sarà trasmesso alla Presidenza della Società che ne darà semplice comunicazione all'assemblea dei soci nella riunione annuale. Per ogni ulteriore schiarimento rivolgersi al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio di « Bruxelles-Médical » per il 1933, dell'importo di 5000 franchi belgi, destinato a ricompensare il miglior lavoro comparso sul periodico durante l'anno, è stato assegnato *ex aequo* al prof. Bessemans, rettore dell'Università di Gand (in collaborazione di Van Houteghem e U. Thiry) e al dott. Dumont, medico coloniale. La commissione era composta dei proff. Verhoogen (Bruxelles), Maldagne (Lovanio), Breyre (Liegi), Tytgat (Gand) e del ten. gen. medico Derache, ispettore generale del servizio sanitario dell'Esercito belga.

Il dott. A. Govaerts è nominato professore di fisiologia del lavoro alla Scuola di Ergologia di Bruxelles.

Il prof. Wilhelm Richter, di Berlino, è chiamato alla cattedra di dermosifilopatia di Bonn, in sostituzione del prof. Erich Hoffmann, il quale ha deciso di lasciare l'insegnamento per dedicarsi interamente allo studio.

Alla cattedra di ginecologia di Zurigo, rimasta vacante per la morte del prof. Walthard, il Consiglio rettorale aveva chiamato il prof. Guggisberg di Berna; avendo questi rifiutato, è stato ora chiamato il dott. Anderes, medico specialista a Zurigo.

Il libero doc. Ernst Ruiekoldt, di Gottinga, è chiamato alla cattedra di farmacologia e farmacognosia di Rostock.

Il prof. Schröder di Kiel è stato chiamato alla cattedra di ginecologia di Friburgo i. Br.

Il prof. Strühmer, di Münster i. W., ha accettato la chiamata alla cattedra di dermatologia di Friburgo i. Br.

Il prof. Eymer, di Heidelberg, ha accettato la chiamata alla cattedra di ginecologia di Monaco.

Il prof. W. Wadi è nominato titolare di patologia speciale, diagnostica e terapia a Dorpat, in sostituzione del prof. Koppel, andato a riposo.

Il dott. M. Kernbach è nominato professore di medicina legale a Cluj, al posto del prof. N. Minovici, passato a Bucarest.

Il dott. Popoviciu è nominato professore di fisiologia a Cluj, al posto del prof. N. Nitzescu, passato a Bucarest.

Il dott. L. Balif è nominato professore di neurologia e psichiatria a Jassy, al posto del suo maestro prof. C. Parhon, passato a Bucarest.

Il dott. Teófilo Ortiz Ramírez è nominato presidente della Società Messicana di Medicina Interna.

NOTIZIE DIVERSE.

La IV Campagna antitubercolare.

Nel quadro della rinascita nazionale la lotta contro la tubercolosi occupa uno dei primi posti, per significato morale e per valore materiale.

La campagna di propaganda per questa lotta assume ogni anno uno sviluppo più poderoso, sotto l'impulso animatore della Federazione.

Le manifestazioni dell'anno XII si sono iniziate il 14 aprile, con una solenne cerimonia al Teatro Reale dell'Opera, alla quale intervenne un pubblico denso ed elettissimo. Sedevano alla presidenza S. E. Marpicati in rappresentanza del Governo e i due promotori, on. Morelli e prof. Bocchetti. L'on. Morelli ringraziò l'oratore ufficiale della cerimonia, Innocenzo Cappa, ed i 6000 oratori che in tutta Italia recano un contributo di propositi, di fede e di bontà nella grande battaglia contro il male micidiale. Il sen. Cappa tenne uno smagliante discorso, in cui rilevò che il genio di Benito Mussolini e la sua ferrea volontà e dura intolleranza per gli errori ha saputo comandare e far attuare un'azione complessa, che mette l'Italia in una posizione di avanguardia nella lotta contro la tubercolosi.

Un'orchestra, diretta dal Marinuzzi, ha svolto uno scelto programma, iniziato con l'inno della Doppia Croce dello Zandonai.

Ci limitiamo a questi fugaci accenni — per solo dovere di cronaca — dacchè in tutti i giornali della penisola sono date ampie notizie sulla campagna.

I medici vi prendono una parte attiva, con le opere e come assertori ed efficaci propagandisti.

Riunione per l'esame dei problemi dell'assicurazione contro le malattie professionali.

Il 7 aprile, ebbe luogo presso la R. Università di Parma, una seduta straordinaria dell'Associazione italiana di medicina legale, dedicata ai problemi medico-legali dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali. Il vecchio sodalizio ha voluto con ciò concorrere, nell'ambito della disciplina, a favorire la pratica applicazione di quella che è una fra le più importanti realizzazioni fasciste nel campo della previdenza sociale.

Il saluto ai convenuti venne dato dal magnifico rettore prof. Preti; presiedette l'adunanza, alla quale hanno partecipato i titolari di tutte le cattedre di medicina legale dell'alta Italia, il prof. Gian Giacomo Perrando, dell'Università di Genova, che prospettò le linee di una riforma in materia di specializzazione in medicina del lavoro.

La seduta antimeridiana venne dedicata ai problemi generali delle assicurazioni: il prof. Canudo si occupò della definizione del concetto giuridico di malattia professionale; il prof. Ballotta di Bologna della « ricaduta » quale evento di valutazione medico-giuridica; il prof. Pellegrini e il dott. Busatto riferirono sul significato e sulla importanza delle concause di malattia, siano preesistenti, siano successive; il prof. Boldrini tracciò i criteri generali per la valutazione delle menomazioni da malattia professionale; il prof. Gerin e il dott. Spampinato discussero i limiti di differenziazione fra malattia professionale e infortunio; il dott. Giolla trattò dell'applicabilità all'assicurazione contro le malattie professionali delle disposizioni vigenti per le assicurazioni infortuni.

Nel pomeriggio furono esaminati i problemi speciali, a cominciare da quelli inerenti all'anchilostomiasi (prof. Lattes) e alle nevropatie (prof. Macaggi e dott. Francia), per venire a quelli relativi alle mercuriopatie (dott. Astuni); al solfocarbonismo (dott. Burin); all'azione patogena dei gas e vapori (prof. Francioni); alla difesa del polmone contro le polveri (prof. Bianchini); alle lesioni da piombo dei vasi polmonari (dott. Lensi); alle modificazioni ematiche in generale (dott. Mangili) ed a quelle da benzolo (dott. Lensi).

Riferirono in merito a speciali problemi il dott. Isalberti, il dott. Nasini, il dott. Soprana, il dott. Loro ed altri. La discussione è stata molto viva e fruttuosa. I risultati di essa verranno prossimamente pubblicati nell'« Archivio di Antropologia criminale e medicina legale », organo ufficiale della Società.

Per la lotta contro il cancro.

Il Consiglio direttivo centrale della Lega per la lotta contro il cancro ha stabilito di creare 10 premi di L. 500 ciascuno per quei medici pratici che nel periodo dal 1° luglio 1933 al 30 giugno 1934 abbiano inviato ai Centri d'accertamento diagnostico il maggior numero di malati di cancro in stato di curabilità. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla sede della Lega, piazza Cavour, Casa del Mutilato, Roma (33).

Anniversario di laurea.

I medici laureati nel 1914 a Roma si riuniranno nel giugno p. v. a Roma, per festeggiare il XX anno di laurea. Inviare adesione e indirizzo al dott. Arnaldi Lupi, via Babuino 135, Roma.

Stazioni per il latte umano in Germania.

Da qualche anno si ricorre in Germania al latte umano, venduto in flaconi, per l'allevamento di bambini che, per ragioni varie, non possono essere allattati dalla madre nè tenuti a balia. La raccolta del latte ha luogo in stazioni dette « Frauenmilch-Sammelstelle ». Ora la richiesta, che per qualche tempo era andata aumentando, è in diminuzione, a causa della crisi economica. La dott.a Kayser ha dato, nella « Münch. Med. Woch. », alcune notizie relative ad una di tali stazioni, quella di Erfurt. Nell'esercizio 1927-28 ed in quelli successivi, il latte consumato fu di litri: 1900, 2000, 3100, 3000, 2900, 2700. Le donne fornitrici ricevono da 30 a 40 marchi il mese per la loro prestazione. Il latte viene distribuito entro flaconi di 200 cc. e sterilizzato al calore.

Il problema delle specialità curative in Czecoslovacchia.

Dopo la guerra si era avuta una forte importazione di medicinali nella Czecoslovacchia; ma poi l'industria chimica nazionale è venuta sviluppandosi ed ora è in grado di sopperire quasi tutti i bisogni.

Si possono brevettare le specialità terapeutiche, anche se composte; ma la composizione dev'esserne resa nota: il brevetto dei prodotti miscelati riguarda soltanto la proporzione dei varî componenti.

Si deve richiedere l'autorizzazione alla vendita, ed essa viene rilasciata solo dopo un esame, compiuto nel laboratorio della Sanità. Questo laboratorio è insufficiente ed oltremodo ingombro di prodotti da esaminare; perciò gli esami procedono con lentezza e le autorizzazioni tardano moltissimo. La legge consente però di mettere subito in vendita i prodotti, in attesa dell'autorizzazione: così il mercato è inondato da specialità non autorizzate e spesso ciarlatanesche.

Per rimediare a siffatto stato di cose ora si è costituito un Comitato, che ha offerto i propri servigi al Laboratorio di Stato; esso è formato da professori universitarî, in prevalenza farmacologi, clinici e biologi. Il lavoro del Comitato verrebbe fornito gratis, ma i produttori corrisponderebbero le spese incontrate.

Il Comitato pubblicherebbe, periodicamente, una lista di « medicamenta eminentissima » che rispondono ai requisiti voluti. Siccome il Comitato stesso risulta di persone di grande autorità, offre ogni garanzia.

Contro l'affluenza di medici europei in Australia.

Il Consiglio Federale delle Sezioni Australiane dell'« Associazione Medica Britannica » ha approvato un ordine del giorno in cui si rileva che i medici diplomati nelle università britanniche bastano per i bisogni dell'Australia e quindi i medici provenienti da altri Paesi sono indesiderati, a meno che non esista reciprocità di trattamento.

A tale riguardo, nel « Medical Journal of Australia » (3 marzo 1934) si rileva che, nella Nuova Galles del Sud, verrà in discussione un progetto di legge per l'accettazione dei medici ebrei profughi dalla Germania, a modifica della legge restrittiva ora vigente. Ma la misura progettata sarebbe di molto danno ai medici del posto, i quali verrebbero a sostenere una viva concorrenza, anche perchè il pubblico ha molta fede nei medici

dall'accento esotico, senza badare al valore professionale. L'emulazione con elementi nuovi può essere utile e può costituire uno stimolo a perfezionarsi; ma va contenuta entro stretti limiti; in caso diverso, porta ad abbassare il livello etico dei medici.

Un po' dovunque.

La Società francese di oftalmologia terrà il suo 47° congresso a Parigi, dal 14 al 17 maggio; tema di relazione: « Biomicroscopia della congiuntiva normale e patologica »; relatori: Cuneod e Nataf di Tunisi. Rivolgersi al Dr. René Onfray, avenue Lamotte-Piquet 6, Paris (VIIe).

Nei giorni 2 e 3 luglio si terranno le « Giornate ortopediche di Lione », la cui data è stata scelta in modo da cadere subito dopo le riunioni mediche di Aix-les-Bains (28-30 giugno), tenute per l'inaugurazione dei nuovi Stabilimenti. Verrà offerta una medaglia al prof. Nové Josserand, da parte di allievi ed amici. Rivolgersi al Dr. Brunat (secrétaire des Journées Orthopédiques, rue de la République 13, Lyon).

Il 7° Congresso francese di stomatologia avrà luogo a Parigi dall'8 al 13 ottobre. Relazioni: « Complicazioni locali prossime e generali dei disturbi dell'articolazione dentale » (dott. Chatellier); « Le manifestazioni boccali delle malattie del sangue » (dott. Sassier); « Indicazioni dei diversi modi di anestesia in odontologia » (dott. Lacaisse). Rivolgersi al segretario generale, Dr. Jean Vilenski, rue de Phalsbourg 5, Paris.

La Società Medico Chirurgica Trevigiana si è adunata il 6 aprile; furono fatte comunicazioni dai dottori: F. Zuccardi Merli, M. L. De Marchi, G. Colesanti, G. Ronfini, G. Del Grisogono, M. Bortolozzi.

Si è costituita a Madrid una Società di Medicina del Lavoro; ha sede nella Clinica del Lavoro, presso l'Istituto Nazionale di Previdenza. Ne sono stati nominati: presidente il dott. Oller, di Madrid, e vice-presidente il dott. Garcia Tonel, di Barcellona.

Si sono pubblicati gli Atti del Congresso internazionale di lotta scientifica e sociale contro il cancro, tenuto recentemente a Madrid. Essi comprendono 30 relazioni, le discussioni e più di 300 comunicazioni; constano di 3000 pagine, con più di 250 illustrazioni in nero e a colori, in 3 volumi; prezzo 300 pesete. Rivolgersi al segretario generale del congresso, Dr. José Torre Blanco, Atocha 104, Madrid.

L'Accademia di Medicina di New York destinò la seduta del 1° febbraio — in associazione con la Società di biologia e medicina sperimentale — a discutere il problema del reumatismo.

Il prof. Sordelli, di Buenos Aires, venuto a Roma per invito dell'Istituto Interuniversitario, ha tenuto nella grande aula della Clinica Medica una importante conferenza su « Gli antigeni complessi ». Ne daremo prossimamente il testo.

L'Università Columbia di New York annunzia un corso sulla patologia e la diagnosi dei tumori, nello « Institute of Cancer Research », sotto la direzione del Dr. William H. Woglon; il corso inizierà in luglio e durerà sei settimane; quota d'iscrizione 37 dollari.

Un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari si terrà a Padova, a partire dal 15 maggio, per la durata di due mesi; tassa L. 500,50; modalità consuete.

In esecuzione di analoga disposizione testamentaria, gli eredi del compianto comm. Michele Introna, ex-assessore del Comune di Bari, hanno fatto pervenire alla Civica Amministrazione di questa città una cartella di rendita di L. 10.000, da destinarsi all'Ospedale Policlinico in corso di costruzione.

I sovrani del Siam hanno visitato, in Roma, alla Garbatella, il Centro Assistenza Materna ed Infantile dell'O. N. M. I.

In una bellissima villa sita in Milano (via Cappellini 19, presso la Stazione Centrale delle Ferrovie dello Stato), isolata e circondata da un ben coltivato giardino, è stato inaugurato l'« Istituto Milanese di Medicina Interna », ottimamente attrezzato. La direzione medica è tenuta dal dott. Giovanni Andreoni (medico del Gruppo Fascista del giornale « Il Popolo d'Italia »), assistito dal dott. Francesco Balzari, vice-direttore.
Si tratta di una organizzazione sanitaria ben studiata, ben curata e degna del miglior successo.

Il 31 gennaio venne inaugurato a Breslavia un nuovo Istituto per ricerche neurologiche, diretto dal prof. Otfried Foerster. I mezzi sono stati offerti precipuamente da americani amici ed allievi del Foerster, i quali hanno offerto 50.000 dollari. L'Istituto comprende due Sezioni: una di fisiologia e l'altra di anatomia e istologia.

È stato arrestato a Bucarest, dalla polizia segreta, il clinico prof. Gamoiu, sotto l'imputazione di correità in complotto per attentare alla vita di re Carol. Il Gamoiu ha diretto numerose opere di beneficenza fondate o sovvenzionate dall'ex regina Elena ed ha anche amministrato alcune proprietà della stessa.

Mentre prestava la sua opera in favore dei bambini poveri delle scuole di Roma, il prof. TOMMASO MANCIOLI venne colpito da malore, che dopo alcuni giorni doveva condurlo alla tomba.
Il prof. Mancioli, libero docente di otorinolaringologia, era direttore dell'Istituto antiadenoideo del Governatorato di Roma, direttore della Sezione otorinolarigojatrica del nostro Policlinico del lavoro, console medico della M. V. S. N., membro del Consiglio Superiore di Sanità. Durante la grande guerra aveva prestato servizio presso ospedali da campo, conseguendo la promozione per meriti speciali a tenente colonnello medico. In guerra aveva contratto un'infermità dalla quale gli era derivata la invalidità permanente. Aveva dato la sua fervida adesione, fin dai primordi del movimento di rinascita nazionale, al P. N. F.
Era stato ripetute volte all'estero per ragioni di studio e di propaganda scientifica e per assolvere incarichi di alta e delicata fiducia.
Il Mancioli fu un apostolo operoso della lotta contro l'adenoidismo: schiere di fanciulli del popolo sono stati da lui curati, operati e guariti gratuitamente.
Alla famiglia dell'ottimo e valoroso amico desideriamo manifestare il nostro sentito cordoglio.

A. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 16 feb. — HAUSEN. Trattam. della pollinosi.

Presse Méd., 17 feb. — A. LEMIERRE. Un caso di febbre maculata delle Montagne Rocciose osservato a Parigi.

Paris Méd., 17 feb. — Numero sulle malattie dell'apparato respiratorio.

Lancet, 17 feb. — A. W. M. ELLIS. Trattam. delle nefriti. — R. D. GILLESPIE. I presumibili danni dei barbiturati.

British Med. Journ., 17 feb. — J. TORRENS. Influenza: sequele e trattam.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., feb. — W. MALAMUD e al. La barriera tra il sangue e il liquido c.-sp.

Amer. Journ. Med Sc., feb. — Numero semi-monografico sul cuore e sul sangue. — J. H. PRATT. Steatorrea. — E. W. SAUNDERS e al. Il compito dell'infezione nell'ulcera gastro-duoden.

Minerva Med., 17 feb. — C. F. CERRUTI. Problema igienico delle piscine. — G. GONANO. Scompenso cardiaco acuto nelle malattie broncopolm. croniche.

Riforma Med., 10 feb. — B. BRUNELLI Ricambio lipoideo. — A. FILIPPI. La percaina nella pratica urologica.

Acta Med. Lat., nov.-dic. — M. DONATI. Diagnosi e cura dei carcinomi gastro-intestinali.

Revue Neurol., gen. — K. H. KHABRE. Meningomielite da b. di Bang. — A. DE CASTRO. Acromegalia e m. di Recklinghausen.

Journal A. M. A., 3 feb. — E. LIBMAN e al. Il dolore. — W. H. COLE e G. A. WILLIAMSON. Lussaz. ricorrente della rotula.

Pediatria, 1 feb. — E. PEZZA. Specificità dell'anergia tubercolinica.

Brux.-Méd., 18 feb. — G. MILIANI. L'ittero sifilitico. — J. MARTEUS. Cura dell'asma.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., feb. — L. SEMMOLA. Influenza di alcune intossicazioni sulla produzione degli anticorpi. — E. FIORINI. Localizzaz. dei germi negli animali intossicati con anestetici. — C. FLORIO. Gonoreazione.

Indice alfabetico per materie.

Agranulocitosi da salvarsan . . . . . . *Pag.* 627
Anemia e stati anginosi . . . . » 620
Angioma arterioso racemoso: patogenesi » 628
Azotemia: ricerche . . . . » 626
Bibliografia . . . . » 624
Bronchite pseudo-fibrinosa con eosinofilia . . . . » 611
Cieco: invaginazione haustrale . . . . . » 626
Coxite: intervento . . . . » 627
Diabete: ereditarietà . . . . » 615
Diabete in chirurgia . . . . » 616
Dolore anorettale e suo significato clinico . . . . » 617
Distrofie inapparenti: fattori rivelatori » 613
Embolia periferica: trattam. chirurgico » 628
Embolie e flebiti post-operatorie e tempo di coagulaz. . . . . » 630
Epitelioma cutaneo della mano . . . . . » 626
Esofagoplastica pretoracica . . . . » 619
Flebite cronica ulcerosa da varici: cura » 628
Flebiti: evoluzione . . . . » 628
Gangrena da malaria . . . . » 630
Ginocchio: lesioni legamentose: intervento . . . . » 627
Giurisprudenza sanitaria: quesiti . . . » 633
Glicemia: come interpretarla . . . . . . » 630
Glicemia: ricerche . . . . » 625
Idropneumotorace: timpanismo paradosso . . . . » 627
Ileocoloplastica per inversione . . . . . *Pag.* 626
Ligamentum pulmonale . . . . » 621
Malaria: lotta contro la — mediante chinoplasmina . . . . » 633
Medico: il — nel Regime Fascista . . . » 634
Meningite tubercolare: radioterapia . . » 606
Osteocondrodistrofie sistematiche della crescenza . . . . » 614
Paralisi spastica: interventi sul simpatico . . . . » 620
Paraplegia da lesione traumatica del midollo spinale: tentativi di cura . . . » 603
Piastrine: derivazione . . . . » 632
Pioemia osteoflebitica di Körner . . . . » 629
Radiologia: note . . . . » 631
Salasso nel trattam. dell'emorragia cerebrale . . . . » 630
Sangue: squilibri osmotici: azioni sul fegato e sul rene . . . . » 626
Siero di sangue: potere anticomplementare autonomo . . . . » 626
Stomaco: tessuto pancreatico nella parete . . . . » 618
Storia della medicina: un medico romano del 1° secolo . . . . » 622
Trasfusione di sangue . . . . » 627
Ulcere peptiche digiunali post-operatorie: perforazione . . . . » 629
Ulcere varicose: cura ambulatoria . . . » 629

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 30 Aprile 1934 - XII Num. 17

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Amantea: Azione del Rosso Congo sulla piastrinemia e sull'eritropoiesi. Contributo clinico-sperimentale.
Osservazioni cliniche: L. Torchiana: Contributo allo studio dell'appendicite pelvica. — A. Biondo: Su un caso di torsione della milza sul peduncolo con sindrome appendicolare acuta. — B. Mariotti: Un caso di sierosite circoscritta sottojaksoniana.
Problemi nuovi: L. Verney: Il mistero della quartana.
Sunti e rassegne: ARTICOLAZIONI: R. Massart: Le artriti sacrali. — L. Bertrand: I reperti batterici dei reumatismi articolari acuti e cronici. — G. Mirone: Il metodo di Willems nel trattamento delle artriti purulente. — M. P. Weil: Artriti anchilosanti ipercalcemiche e paratiroidectomia. — ORGANI DELLA RESPIRAZIONE: T. Gordonoff: Recenti studi sulla fisiologia e farmacodinamica della espettorazione. — Szabò: Interessante caso di corpo estraneo introdotto per via traumatica nella trachea ed ivi fissato. — A. Pavlovsky: Via d'accesso posteriore per l'apicolisi senza sezionare i muscoli.
Divagazioni: Dragotti: La psicologia della sordità progressiva.
Storia della medicina: I. B. Beccari e la scoperta del glutine.
Cenni bibliografici.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: La tubercolosi renale. — Nefrosi lipoidea e suoi rapporti con la nefrite glomerulare. — Della nefrite anafilattica. — Tipi di nefrite e loro cura. — Pionefrosi da tifo. — Alterazioni renali e terapia salicilica nella poliartrite reumatica. — Contributo alla anatomia patologica ed alla terapia chirurgica della nefralgia ematurica essenziale. — Tentativi di cura chirurgica di stati uremici. — La cura dell'enuresi. — MEDICINA SCIENTIFICA: La reazione anafilattica del ricambio nei tessuti isolati. — Asma e potassiemia. — Sulle modificazioni del contenuto calcico della mastoide in gravidanza. — Mucina nel liquido pleurico. — La formazione di principii tossici nelle ustioni. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Risposte a quesiti per questioni di massima.
Nella vita professionale: L'Associazione della Stampa medica Italiana. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma diretto dal prof. C. FRUGONI.

Azione del Rosso Congo sulla piastrinemia e sull'eritropoiesi.

Contributo clinico-sperimentale.

Dott. FAUSTO AMANTEA.

È già noto, fin dalle osservazioni di Sacchetti, Bedson, Koster, che iniettando in animali di esperimento per via intravenosa, delle soluzioni diverse di inchiostro di china, di carbone e di altre sostanze coloranti si ha un aumento del tasso delle piastrine e una diminuzione del tempo di emorragia e di coagulazione ed un aumento del fibrinogeno nel sangue.

Ad analoghe conclusioni son venuti più tardi Becker e Wienert, adoperando soluzioni di rosso-congo, nelle loro esperienze; dopo essere venuti a conoscenza dell'osservazione fortuita di Wedekind, che aveva adoperato lo stesso rosso-congo, a scopo diagnostico, nella tubercolosi polmonare e in varie forme di emorragie, come: tbc. polmonare, ulcus, gengivorragie da estrazione di denti, metrorragie, ecc.

Essi infatti, in gruppo di pazienti (circa 50) così trattati, notarono che in tutti si ha un aumento delle piastrine del triplo ed una diminuzione del tempo di coagulazione nella prima settimana, per raggiungere il tasso normale una ventina di giorni dopo l'inizio del trattamento.

Spadolini infine, facendo uno studio sul sistema reticolo-endoteliale, in rapporto alla coagulazione del sangue e alle origini delle piastrine, ha osservato che al principio l'azione delle sostanze ad azione carioclasica (bleu trypan, bleu pirrol, ecc.) che ha iniettato in vena, determina nelle lacune e nei seni venosi degli organi emolinfatici una dissintegrazione cellulare, accompagnata da notevole iperpiastrinemia, da aumento del fibrinogeno e della trombina nel sangue. Dai quali risultati, egli arguisce, come già aveva supposto che questi siano di origine istiocitaria, e che grande importanza hanno per la economia organica tale prodotto di dissintegrazione cellu-

lare, specie le piastrine, per il fenomeno di coagulazione.

Edotto di queste svariate osservazioni Trosarelli, avendo avuto occasione di osservare due casi di Werlhof, di cui l'uno rifiutava le cure chirurgiche, l'altro era nella impossibilità di subirla, per la grave cardiopatia di cui era affetto, pensò di servirsi della soluzione del rosso-congo intravenoso, e ciò fece con risultati molto soddisfacenti.

I risultati da questo A. ottenuti, e le osservazioni dei precedenti ricercatori, mi hanno indotto a trattare col rosso congo un caso di Werlhof, che era degente in Clinica e che, per le sue defedate condizioni generali, non poteva subire un immediato intervento chirurgico, senza prima aver tentato di risollevare lo stato generale.

Riporto brevemente la storia clinica:

Giovinetta di a. 14. Nell'anamnesi familiare non vi sono precedenti di diatesi emorragica; la mamma aveva avuto due aborti. Nulla nella anamnesi fisiologica: sviluppo somatico piuttosto precoce; 6 mesi prima dell'ingresso in clinica inizio delle mestruazioni. Nulla nell'anamnesi patologica remota. L'inizio della malattia coincide con l'apparire del periodo catameniale, che iniziò coll'essere irregolare nel ritmo e nella quantità, presentandosi due volte con tutti i caratteri della menorragia. Otto giorni dopo l'ultima mestruazione (che perdura ancora), in completa apiressia, compaiono numerose macchie ecchimotiche, non rilevate, indolenti, di svariata grandezza su tutta la superficie del corpo. Impossibile è dire, se simultaneamente o in modo successivo, non avendo la p. ben osservato il fatto. Dopo qualche giorno epistassi, gengivorragie, ematuria e insorgenza di febbre irregolare remittente-intermittente; preceduta o meno da lieve brivido e seguita da modica sudorazione.

Persiste, in tale stato, progressivamente anemizzandosi, e divenendo astenica profondamente, e dai tegumenti succolenti, fino all'ingresso in clinica.

E. O. praticato appena in clinica, dà: soggetto di costituzione normotipo, cute pallida, macchie ecchimotiche, bluastre, a margini sfrangiati, diverse nelle dimensioni, indolenti, non rilevate. Mucose visibili pallide-subitteriche, con emorragie sottomucose delle congiuntive, delle gengive e delle tonsille, specie destra. Succulenza dei tessuti.

Sistema pilifero: implume nelle regioni sottoascellari e sul pube.

Sistema scheletrico, muscolare, ed adiposo, normale. Polso molle, frequente, non aritmico, piuttosto ipoteso. Respiro a tipo infantile.

Nulla al capo, al collo, tranne un tumore di trottola al giugolo e al torace, all'apparato cardiovascolare, se se ne eccettui un soffio anorganico; nulla all'addome. Agli organi ipocondriaci: a carico del fegato nulla, a carico della milza si nota ch'essa è in alto al 7° spazio, in basso 2 dita dall'arco, duro-elastica, indolente. Nulla a carico del sistema nervoso: reflettività superficiale e profonda normale. Psiche integra.

I dati di laboratorio danno: l'esame emocitometrico: Hb. 20; gl. rossi 1.087.000; V. G. 1; gl. bianchi 6.800; neutrofili 68; monociti 7; linfociti 25; anisocitosi, poichilocitosi. Piastrine 5.000. L'esame delle urine: un reperto di lieve ematuria. Pressione: Mx 105; Mn 65. R. Wassermann, Meinicke, Kahn, negative. Sieroagglutinazioni negative. Le prove emogeniche danno: Tempo di coagulazione 8'-9". Segno del laccio positivo. Segno di Koch positivo. Tempo di emorragia 12'. Segno del martello positivo.

Nulla alla radiografia del torace.

Per gentile concessione del mio Maestro, inizio il trattamento col rosso Congo, nel periodo di attesa per la splenectomia. La soluzione di recente preparata, all'1 %, infialata e sterilizzata in autoclave, viene iniettata alla dose di cc. 3, in giorni alterni, nella vena del gomito, a digiuno. Gli esami emocitometrici vengono praticati anch'essi a giorni alterni. Riporto per brevità solo i dati riferenti alle piastrine, ai globuli rossi; poco essendo influenzati quelli bianchi e di poco la formula leucocitaria.

Dopo la 2ª iniezione: gl. rossi 2.400.000; piastrine 5.300.

Dopo la 4ª iniezione: gl. rossi 2.480.000; piastrine 14.000;

Dopo la 6ª iniezione: gl. rossi 3.120.000; piastrine 23.000;

Dopo la 8ª iniezione: gl. rossi 3.150.000; piastrine 70.000.

Dopo la 10ª iniezione: gl. rossi 3.540.000; piastrine 90.000.

Dopo la 12ª iniezione: gl. rossi 3.650.000; piastrine 125.000.

Dopo la 14ª iniezione: gl. rossi 3.830.000; piastrine 140.000.

Dopo la 16ª iniezione: gl. rossi 4.245.000; piastrine 165.000.

Dopo la 18ª iniezione: gl. rossi 4.230.000; piastrine 200.000.

Si è così potuto osservare che la piccola paziente già dopo alcune iniezioni, presentava un notevole miglioramento: non più sangue dalle gengive, che appaiono meno tumide e fungose, non più emorragie sottocutanee, qualcuna rara sottomucosa. Verso il ventesimo giorno è scomparso ogni segno di ecchimosi, e quasi del tutto le chiazze emorragiche sottocongiuntivali, bulbari e tonsillari. Tuttavia persistono sempre i segni dell'emogenia: prova del laccio (Frugoni-Giugni), di Koch, del martello, ma meno evidenti. Il tempo di emorragia e di coagulazione son divenuti quasi normali. Infine si nota che la paziente è divenuta più tonica, più euforica, può lasciare il letto e ha le mucose roseo-vermiglie, specie le labbra, come si avesse un maggiore accumulo di rosso Congo in esse. Inoltre si nota un aumento del peso e del pannicolo adiposo.

Avendo il mio Maestro, nonostante i lusinghieri risultati, proposto egualmente la splenectomia, è sospesa ogni terapia di rosso Congo, anche perchè, localmente nella zona di iniezione, tutta la cute è arrossata, come scarlatta; quasi il rosso Congo fosse stato iniettato fuori vena. Pertanto, poichè per ragioni impreviste, decorse un lasso di tempo rimarchevole, circa venti giorni, tra la sospensione della cura e l'intervento, s'è avuto agio di osservare, facendo ancora degli esami emocromocitometrici, che già a 8 giorni di distanza, dalla sospensione della terapia, si ha gl. rossi 4.330.000

e piastrine 160.000, e a 16, si ha gl. rossi 4.291.000 e piastrine 114.000, notando così una graduale diminuizione delle piastrine, e nessuna modificazione dei globuli rossi. Immediatamente splenectomizzata, il tasso piastrinico, che era arrivato il giorno prima dell'intervento a 95.000, ritornò ben presto normale.

Debbo qui far presente che dopo le prime iniezioni di rosso Congo si nota una tumultuosa rigenerazione; emazie granulofilamentose, normoblasti, mielociti e metamielociti.

Da questa fortunata osservazione, al contrario di quanto ha osservato Trosarelli, che a distanza di circa due mesi, trovò i suoi due pazienti immuni da manifestazioni di diatesi emorragica, noi vediamo che alcuni segni della emogenia non sono mai scomparsi del tutto, nè ciò può farci meraviglia, quando si tien presente che nel Werlhof v'è, oltre la piastrinopenia, a base patogenetica, anche una fragilità vasale dei capillari.

Vediamo inoltre che l'azione del rosso-congo non è persistente; ma molto fugace, in pochi giorni avendo perduto la paziente metà delle piastrine guadagnate. Con ciò però non pretendo di voler fare delle deduzioni e tanto meno delle affermazioni, non potendosi nulla arguire dal comportamento di un sol caso, specie con degli elementi, come le piastrine, di per se stesse già così variabili nel loro numero fisiologicamente.

Debbo avvertire che per tale ricerca, come per il resto mi son valso in prevalenza del metodo fatto da me noto in altra pubblicazione (1).

*
* *

È noto, che elementi a carica elettrica negativa si fissano sul sistema R. E. dei vari sistemi, esplicando un'azione stimolante o paralizzante, per cui si avrebbe la variazione degli elementi circolanti del sangue. Bedson e Koster ritengono che agli elementi istiocitari sopratutto di varii organi sia devoluta la funzione regolatrice della piastrinemia; funzione di lisi in piastrinosi, donde la necessità di estirpazione di alcuni organi o la limitazione funzionale di essi, che avrebbe per conseguenza l'aumento delle piastrine in circolo.

Frank e Glanzman pensono che tra tutti gli organi la più importante sia la milza, per cui la splenectomia in uso. Può darsi che il rosso-congo agisca inibendo l'azione di questa o stimolando un eccesso di produzione dai megacariociti o dagli istioidi.

Mosso da ciò, dalla mia istessa osservazione e da quelle di Trosarelli sul morbo di Werlhof, ho voluto fare una serie di ricerche sperimentali, allo scopo di stabilire, se veramente ad esso sia devoluta un'azione piastrinogenetica e se tale azione sia maggiormente spiccata in presenza della milza o in assenza di essa.

Come animali di esperimento mi son valso di conigli. All'uopo li ho divisi in varii gruppi. Come soluzione del rosso-congo ho adoperato la sospensione al 1 %, di recente preparata, come su ho detto, per iniezione intravenosa alla marginale dell'orecchio e nella dose di cc. 1 giornaliera. Avendo in animo di determinare in alcuni conigli una piastrinopenia, ho adoperato il salasso o gli estratti di milza, che come è risaputo, anche per mie precedenti ricerche, ha azione piastrinolitica, oltre che eritrocateretica (2). Di tali mi son servito di quelli preparati dall'Istituto Serono o dall'Istituto Sieroterapico o da me stesso preparati, con la tecnica usata in altre mie esperienze, da milza di manzo e dalla milza avulsa del morbo di Werlhof citato.

Di ciascun gruppo, per brevità, essendosi i varii animali impiegati, comportati pressochè nel medesimo modo, riferirò i risultati di uno di essi.

1° gruppo: Iniezione di rosso Congo all'1 % per via intravenosa, nella dose di cc. 1 giornaliera, fin dallo inizio della esperienza: prima del tr.: C. di Kg. 2400; gl. r. 5.420.000; gl. b. 9.000; piastrine 160.000; dopo 8 giorni: gl. r. 4.780.000 gl. b. 8,980; piastrine 245.000; dopo 16 giorni: gl. r. 5.230.000; gl. b. 9.900; piastrine 275.000; dopo 24 giorni: gl. r. 4.360.000; gl. b. 10.900; piastrine 250.000; dopo 15 giorni dalla sospensione del trattamento: gl. r. 3.800.000; gl. b. 9.800; piastrine 135.000; Kg. 2.550.

2° Gruppo: Iniezioni di estratto di milza: C. di Kg. 2.200; gl r. 5.800.000; gl. b. 11.000; piastrine 180.000; dopo 20 iniezioni di E. M.: gl. r. 3.585.000; gl. b. 9.800; piastrine 95.000. Si iniziano contemporaneamente le iniezioni di rosso Congo intravena, pur continuando con quelle di E. M. intramuscolari alla dose di cc. 2 e dopo 8 giorni: gl. r. 4.050.000; gl. b. 10.900; piastrine 205.000; dopo 16 giorni: gl. r. 5.290.000; gl. b. 10.450; piastrine 280.000; Kg. 2.250.

3° Gruppo: Iniezioni contemporaneamente di rosso Congo intravena all'1 % nella dose di cc. 1 e di estratto di M. intramuscolare nella dose di cc. 2: C. di Kg. 2.400; gl. r. 6.330.000; gl. b. 10.800; piastrine 189.000; dopo 8 giorni: gl. r. 4.400.000; gl. b. 11.000; piastrine 140.000; dopo 15 giorni: gl. r. 3.980.000; gl. b. 10.000; piastrine 138.000; dopo 24 giorni: gl. r. 2.900.000; gl. b. 9.830; piastrine 10.500; dopo 15 giorni dalla sospensione del Tr.: gl. r. 4.210.000; gl. b. 9.780; piastrine 205.000; Kg. 1.890.

4° Gruppo: C. di Kg. 2.800; gl. r. 6.060.000; gl. b. 9.980; piastrine 155.000. Si pratica il sa-

(1) AMANTEA, *Nuovo metodo sulla conta delle piastrine.* Rinascenza Medica, 1934.

(2) AMANTEA. *Sul potere emolitico della milza.* Fisiologia e Medicina, 1931.

lasso ogni 3 giorni nella dose di cc. 15-20; dopo 18 giorni si ha: gl. r. 3.650.000; gl. b. 11.000; piastrine 96.000. Continuando il salasso, come prima, si praticano le iniezioni di rosso Congo all'1 % nella dose di cc. 2 intravena: dopo 8 giorni si ha: gl. r. 3.950.000; gl. b. 10.980; piastrine 125.000; dopo 16 giorni: gl. r. 5.110.000; gl. b. 9.980; piastrine 180.000; Kg. 2.300.

5° Gruppo: Si fa la splenectomia e dopo avere ripetuto più volte l'esame emocitometrico in giorni diversi, si ha: C. di Kg. 2.800; gl. r. 6.340.000; gl. b. 11.050; piastrine 177.000; dopo 8 giorni: gl. r. 4.045.000; gl. b. 10.980; piastrine 205.000; lo stesso risultato o quasi dopo 12 e 15 giorni; si iniziano le iniezioni di rosso Congo alla dose di cc. 2 intravena e dopo 8 giorni: gl. r. 3.980.000; gl. b. 10.980; piastrine 300.000; dopo 15 giorni: gl. r. 4.130.000; gl. b. 10.760; piastrine 298.000; dopo avere sospeso il Tr.: gl. r. 5.050.000; gl. b. 10.600; piastrine 245.000; Kg. 2.600.

6° Gruppo: iniezioni di estratto di M. ottenuto con la milza della paziente splenectomizzata, nella dose di cc. 1/2 intravena in conigli di piccola taglia, non avendo a nostra disposizione molto estratto: C. di Kg. 0,850; prima: gl. r. 5.200.000; gl. b. 10.900; piastrine 190.000; dopo 8 giorni: gl. r. 4.380.000; gl. b. 9.890; piastrine 70.000; dopo 15 giorni dalla fine del Tr. si ha: gl. r. 5.550.000; gl. b. 10.980; piastrine 200.000; Kg. 1.150.

Dai dati su riferiti si può dedurre quanto segue:

1) Il rosso congo mostra azione piastrinogenica, anche in animale sano.

2) In associazione con gli estratti di milza, viene come a neutralizzare l'azione piastrinolitica di questa, non quella però emocateretica.

3) Esso riporta presto a valori normali le piastrine lisate dalla precedente azione degli estratti di milza; così come ripristina il tasso di esse negli animali salassati.

4) In animale splenectomizzato, la sua azione si rende più manifesta, come se le due azioni (splenectomia e rosso congo) andassero di pari passo, esplicando azione stimolante sui megacariociti o inibente sugli organi devoluti alla piastrino-lisi.

5) In animale, trattato con estratto di milza di Werlhof, che mostra più rapida e intensa azione piastrinolitica ed emocateretica dello estratto di milza comune, pare abbia una azione piastrinogenetica minore.

Anche in questa serie di ricerche, così come si è osservato nel caso di Werlhof, si è potuto notare che, sospeso ogni trattamento, la piastrinoemia provocata dal rosso congo ben presto scompare.

Possiamo così concludere che l'azione del rosso congo è si piastrinemica, ma fugace. Essa è innocua; poichè non provoca alcun disturbo, tranne una intensa pigmentazione rosso-viva in sito di iniezione.

Pertanto, poichè dalle ricerche su dette si nota che il rosso congo esplica anche una azione emogenetica per quanto riguarda i globuli rossi, ho cercato di indagare con una serie di ricerche in vitro, se esso ha una azione antiemolitica o comunque inibente l'emolisi.

A tale scopo mi son servito della prova dell'ambocettore, della resistenza globulare, e di una soluzione di saponina.

1) Per la prova dell'ambocettore, si procede come per la R. W.

In 12 provette, di cui 6 servono come controllo, si pone in via scalare:

Soluzione fisiologica 0,90; 0,80;0,70; 0,60; 0,50. Complemento (precedentemente titolato) cc. 0,10; 0,20; 0,30; 0,40; 0,50.

Globuli rossi CC. 1/2. Ambocettore CC. 1/2. Rosso congo 1 % cc. 0,20 per ciascuna provetta, oppure CC. 0,10.

Dai risultati avuti, si nota che mentre nella prima serie controllo l'emolisi è completa, nella seconda, in cui si è aggiunto il rosso congo, l'emolisi è impedita o è incompleta.

2) Per la prova della resistenza globulare si apprestano due serie di provette, come per la comune R. G., da 0,28 a 0,60; però nella prima serie controllo ci si serve di globuli rossi, diluiti in soluzione fisiologica, e nella seconda di G. R. diluiti in sospensione di rosso congo al 1 %. Si è così potuto osservare che la resistenza globulare appare leggermente aumentata nella seconda serie, ove l'emolisi si arresta intorno a 0,46, mentre nella prima intorno ai 0,50; differenze in vero poco dimostrative.

3) Per la prova della saponina, si appronta due serie di provette, di cui l'una per controllo, con diluizioni scalari di saponina dall'1 per 20,000 all'1 per 30,000, limite massimo, in cui si è trovato la saponina emolitica. Si nota che, mentre nella prima controllo, ove si aggiungono due gocce di soluzione fisiologica, oltre naturalmente la sospensione dei GR., si vede una emolisi completa; nella seconda, ove con eguale sospensione di GR., si aggiunge due gocce di sospensione di rosso congo (o tre o più, secondo la esperienza e in accordo alle gocce di soluzione fisiologica, aggiunta alla prima) si vede che l'emolisi è incompleta, potendosi notare anche a distanza di 18 ore, da 23 a 25 di GR. per 1/400 di mm del Thomas-Zeis.

Da tali ricerche si può dedurre che il rosso congo avrebbe in vitro azione antiemolitica. Ciò potrebbe condurci a pensare che esso agisca inibendo l'azione cateretica della milza, nel contempo che stimola la formazione delle

piastrine dagli elementi istiocitari o megacariocitici del sistema reticolo-endoteliale.

Tali mie conclusioni debbo ripetere, non devono essere prese come delle affermazioni vere e proprie, ma come l'espressione di osservazioni.

Non si può certo trarre delle conclusioni categoriche su di un argomento, il cui fattore primo, qual'è qui la piastrina, è nella sua patogenesi controversa e nel suo numero fisiologico financo discusso.

RIASSUNTO.

L'A., studiando l'azione del rosso congo sulle piastrine, cita un caso di Werlhof, trattato col RC. e una serie di esperienze in animali e in vitro, venendo alla conclusione, che il RC. mostra una azione piastrinemica, ma fugace, forse eritropojetica lieve ed anch'essa fugace, ed antiemolitica, incerta.

BIBLIOGRAFIA.

BEDSON. Brit. Exp. Path., n. 5, 1926.
SACCHETTI e OSSELADORE. Giorn. Clin. Med., n. 7, 1926.
BECKER. Münch. med. Woch., marzo 1930
WEDEKIND. Klin. Wochenschrift, 1928.
WEDEKIND, WIENERT, BECKER. Münch. med. Woch., nov. 1930.
WOLKER. *Medicina Interna*, 1932.
SPADOLINI. Congresso Int. Fisiol., nov. 1932.
TROSARELLI. *Fisiol. e Med.*, maggio 1933

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE « VITTORIO EMANUELE III »
Portoferraio.

Contributo allo studio dell'appendicite pelvica

per il prof. LUIGI TORCHIANA,
direttore e chirurgo primario.

Nonostante la ricca bibliografia che riguarda l'appendicite, si presentano sempre degni di studio quei casi, nei quali l'appendice, di lunghezza anormale, spostata dalla sua sede verso il basso e medialmente, viene ad assumere con gli organi contenuti nella regione ipogastrica e nel bacino relazioni tali da suscitare, se infiammata, una sintomatologia tutta particolare e tale da sviare l'attenzione del pratico più su gli organi che manifestano patimento che su quello che tali sofferenze produce.

E questa è appunto l'appendicite pelvica, la conoscenza della quale per quanto ben chiarita da molte precedenti osservazioni, è sempre degna di ulteriori contributi, tenuto anche conto della sua grande importanza dal lato pratico, trattandosi di affezione, a volte subdola e sempre grave, che nel maggior numero dei casi si discosta da quelle regole sintomatologiche, ormai classiche, che permettono facilmente la diagnosi dell'appendicite a sede normale.

Ecco perchè ho creduto opportuno riportare l'attuale osservazione, la cui sintomatologia, alla vescica sopratutto si riferisce, e la malattia, subdolamente iniziata, si rivela attraverso un sintomo non frequente in tali contingenze: la ritenzione acuta di orina.

STORIA CLINICA. — Maz. Giulio, di anni 6, da Portoferraio.

Entra in Ospedale il 5-VIII-1932 per ritenzione acuta di orina.

Raccontano i genitori che il bambino, per l'innanzi sano e vivace, aveva presentato circa tre giorni prima, modico rialzo di temperatura che appena aveva raggiunto i 38°, accompagnato da qualche doloretto addominale, fatti che essi attribuivano a soverchia ingestione di frutta.

Aveva ingoiato il giorno dopo l'inizio di tali disturbi il rituale purgante con effetto, senza risentirne eccessive molestie, la temperatura decrebbe e tutto pareva ritornato alla norma, quando la mattina dell'ingresso in Ospedale cominciò ad avvertire dolori nella minzione e in breve tempo gli fu impossibile orinare. Il medico a domicilio fece uso del bagno caldo, ma inutilmente, cosicchè il piccolo fu inviato in Ospedale.

Al momento dell'ingresso si presentava apiretti-co, ma in condizioni di nutrizione assai scadenti, piuttosto terreo, in decubito supino con arti in-

feriori semiflessi; pulsazioni 90, ritmiche, valide; respirazioni 24.

Negativo l'esame dell'apparato respiratorio e circolatorio.

L'addome si presentava disteso, dolente specialmente l'ipogastrio, dove era facile constatare alla palpazione la presenza di una tumefazione globosa che, sormontando il pube, giungeva fino in corrispondenza della circolare ombellicale e che poteva con facilità riconoscersi per la vescica enormemente distesa.

Si praticò pertanto il cateterismo, dando esito a copiosa quantità di urina, che esaminata si mostrò quasi del tutto normale, salvo la presenza di rari globuli rossi.

Dopo il cateterismo l'addome si fece trattabile pur persistendo sempre una discreta dolorabilità nella regione ipogastrica. All'esplorazione rettale, praticata con tutta dolcezza, l'ampolla risultò vuota, e il dito esploratore, pur non rilevando particolari resistenze, suscitava discreta dolorabilità in alto e a destra. Per tale fatto si trattenne il piccolo in ospedale per congruo periodo di osservazione, sebbene la vescica avesse ripreso, sia pure con evidente sofferenza del malato, la sua funzione.

In tali condizioni di quasi completo benessere rimase per 5 giorni, quando, al mattino del 6°, accadde che la temperatura si portasse sui 39° con vomito, addome disteso, particolarmente dolente la regione ipogastrica e si ripetessero i fatti di ritenzione acuta di orina.

Anche in questa tumultuosa sintomatologia, l'alvo rimase aperto ai gas, il polso subì leggere modificazioni, in rapporto alla temperatura.

Nonostante il cateterismo la regione ipogastrica si mantenne dolente, la temperatura assunse nei giorni seguenti il carattere nettamente suppurativo, la esplorazione rettale si fece più dolorabile.

In breve la regione ipogastrica si fece globosa e una puntura esplorativa dimostrò la presenza del pus. Pensando trattarsi di una peritonite pelvica saccata di origine appendicolare, si praticò in narcosi eterea una laparotomia mediana sottoombelicale, dando esito a notevole quantità di pus, cremoso, fetido.

L'appendice non fu trovata nel focolaio, nè si perdette tempo a ricercarla. Si zaffò ampiamente e completamente il focolaio purulento, rimettendo ad un secondo intervento l'ablazione dell'organo malato.

La guarigione si fece assai sollecita e la ferita in breve cicatrizzò. Il piccolo dopo circa un mese di degenza fu dimesso con la raccomandazione ai genitori di riportarlo, non appena si fosse un po' rimesso nelle condizioni generali, per il definitivo intervento.

Invece dopo circa 20 giorni di permanenza a domicilio, si ripresentarono gli stessi fatti di ritenzione, dolore ipogastrico, vomito, e in breve si venne a costituire una seconda raccolta purulenta che, come la prima, fu aperta e zaffata.

Trattenuto il piccolo in ospedale fino a completa guarigione di questo secondo intervento, dopo 15 giorni dall'avvenuta cicatrizzazione si praticò una laparotomia pararettale inferiore destra, allo scopo di evitare la zona di salde aderenze che esisteva sulla linea mediana.

Il cieco stirato verso la linea mediana era avvolto da fatti aderenziali con l'epiploon e col tenue; ciò nonostante si riuscì a mettere in evidenza l'estremo prossimale dell'appendice e seguirla nella sua direzione. Si potè così constatare che essa era fissa medialmente e in basso, aderiva per un certo tratto al peritoneo che ricopre la cupola vescicale per continuarsi in basso con l'apice, appena raggiungibile dal dito esploratore, verso lo sfondato retto-vescicale del Douglas.

Dato questo reperto se ne isolò l'estremo prossimale e, previa legatura e sezione col termo-cauterio, lo si affondò sotto un punto a borsa di tabacco; poi per via retrograda, si potè praticare la legatura del meso e l'ablazione dell'organo, liberandolo per via ottusa dalle aderenze tenaci che lo circondavano.

L'atto operatorio terminò con accurata toilette peritoneale e chiusura completa dell'addome.

Il decorso fu del tutto regolare e il bambino uscì dall'Ospedale dopo circa venti giorni da questo terzo intervento.

L'appendice assai lunga, nodosa, presentava il suo estremo rigonfio, clavato ripieno di pus. Nel suo mezzo era ancora evidente il segno dell'avvenuta perforazione. Da allora il piccolo ha sempre goduto buona salute, senza avvertire più alcun disturbo nè da parte del tubo digerente, nè da parte dell'apparato urinario.

CONSIDERAZIONI.

Riassumendo il caso attuale osserviamo che uno dei segni iniziali di maggiore importanza, presentato dal piccolo paziente in relazione all'affezione appendicolare, è stata la ritenzione acuta di orina. È bensì vero che nei giorni precedenti aveva presentato lievi rialzi termici e vaghi dolori addominali, ma questi erano stati così lievi e non certo tali da far sospettare il decorso tumultuoso che il caso ebbe in seguito.

Se ora noi esaminiamo la sintomatologia presentata dal paziente alla luce delle indagini anatomo-patologiche che potemmo constatare al tavolo operatorio, possiamo renderci esatto conto sia dell'inizio che dello svolgimento di tutto il quadro morboso. Infatti noi abbiamo constatato all'apertura del ventre, l'appendice fortemente aderente col suo mezzo alla cupola vescicale, continuantesi poi in basso verso il Douglas.

In un caso come questo è pertanto logico pensare che la reazione peritoneale, quale progressione della lesione dei follicoli, sia stata preceduta da lievi rialzi termici e vaghi dolori, fatto che non deve recare meraviglia, essendo ben noto come l'inizio dell'appendicite possa essere subdolo, per quanto gravissima la lesione. E si comprende anche come la reazione peritoneale, susseguente alla flogosi appendicolare, abbia potuto portare alla ritenzione acuta mediante azione diretta sulle fibre del detrusore sia mediante azione riflessa sullo sfin-

tere vescicale (Kummel). Tuttavia la pronta reazione peritoneale ha potuto, dopo questo inizio tumultuoso, isolare e arrestare, almeno in primo tempo, il processo, fatto che viene dimostrato oltre che dalla perfetta canalizzazione intestinale, anche dalla ripresa della funzione vescicale, la quale tuttavia, pure essendo spontanea, continuava ad essere piuttosto dolorosa. Se non chè, dopo sei giorni, rialzo rapido di temperatura e nuova ritenzione, avvenimenti che coincidono colla costituzione dell'ascesso, che si mostra alla regione ipogastrica nei giorni susseguenti. Con l'apertura di questo cessa ogni sintomatologia e il caso volge a guarigione, ma i fatti si ripetono nell'identico modo ad una recidiva purulenta locale, finchè tutto definitivamente scompare con l'ablazione dell'organo malato.

Ho voluto riportare il presente caso, indubbiamente notevole per la rarità della sintomatologia iniziale, sopratutto per l'interesse pratico che esso presenta, giacchè sta a dimostrare come la possibilità di essere di fronte ad una lesione appendicolare deve affacciarsi, fra le altre, alla mente ogni qualvolta un bambino presenti ritenzione acuta preceduta da dolori addominali e sia pure modica febbre. E ognuno sa come l'appendicite nei bambini sia tutt'altro che rara, e come essa possa presentarsi nei più svariati modi.

È noto che una delle posizioni più frequenti del processo vermiforme è la discendente (32.11 % secondo Wakey e Gladstone) e che, in tale contingenza, essa arriva per la sua estremità inferiore a livello dello stretto superiore del bacino (Testut) e solo quando è di lunghezza anormale e presenta note di infiammazione può fissarsi alla vescica, al retto e costituire quella particolare sindrome morbosa che va sotto il nome di « Appendicite Pelvica ».

Si comprende come, in tali peculiari condizioni, la sintomatologia che l'ammalato presenta esca dalle regole classiche che ormai siamo abituati a considerare in fatto di appendicite a sede iliaca e si verifichi invece una sindrome complessa, in parte fuorviata dalla reazione che organi, interessati per vicinanza, mostrano assai più evidente che non la stessa appendice.

Nel caso attuale la prima ad avvertire l'avvenuta flogosi peritoneale è stata la vescica e su questa fu attirata la nostra attenzione, ma le condizioni normali delle orine e i fatti precedenti alla comparsa della ritenzione, ci misero sull'avviso che la ritenzione stessa non poteva essere che riflessa per reazione peritoneale di probabile origine appendicolare.

Sono note infatti le relazioni esistenti tra apparato urinario e appendicite, manifestantisi attraverso quella speciale sindrome che prende appunto il nome di uro-appendicitica (Giordano), oggetto di interessanti documentazioni da parte di studiosi nostri e stranieri.

Essa può essere dovuta a riflesso peritoneale probabilmente da sierosa a sierosa (Giordano) come pure a riflesso nervoso attraverso i filetti sensitivi provenienti dal plesso lombare. Così si possono vedere appendiciti croniche che si rivelano attraverso minzioni frequenti e dolorose, a volte presentantisi a crisi, accompagnate da lievi dolori di ventre, più accentuati nella fossa iliaca destra, fatti che scompaiono dopo l'appendicectomia.

Nel caso nostro invece i fatti di relazione erano più stretti ed essendosi trattato di un fatto acuto, rapido, improvviso, con notevole reazione peritoneale della cupola vescicale, l'organo dimostrò il suo patimento con la distensione riflessa. Tale evenienza tuttavia non è delle più frequenti se dobbiamo tener conto di quei casi nei quali, pur esistendo rapporti tra vescica e appendice così immediati da dare in secondo tempo origine a fistole appendiculovescicali, solo eccezionalmente si ebbero sintomi riguardanti la ritenzione acuta.

Di tali possibilità parlano i casi di Kingdon e di Lautermann, negli altri invece l'inizio fu caratterizzato da dolori ipogastrici, minzioni frequenti e dolorose, senza che a carico delle orine esistessero elementi tali da far sospettare una lesione vescicale o renale. È necessario però a questo riguardo tener presente che a volte la relazione esistente tra vescica e appendice non è diretta, ma essa si verifica con l'intermediario di una raccolta purulenta, la quale può in casi, se non eccezionali certo assai rari, svuotarsi attraverso la vescica stessa. Quale conseguenza di questa evenienza, anche se la raccolta prende altre strade svuotandosi attraverso altri organi, può accadere che la retrazione cicatriziale porti in secondo tempo l'appendice come più mobile ad aderire alla vescica, con tutte le conseguenze permanenti anche dopo il fatto acuto.

E a questo concetto si indirizza evidentemente l'ipotesi di Tuffier e Jeanne quando ritengono che le connessioni dirette appendiculo-vescicali non siano che reliquati di processi periappendicolari.

Comunque le relazioni dirette tra vescica e appendice sono assai rare (5 volte su 180 casi

Tuffier e Jeanne) ma certo questo numero rappresenta una percentuale forse superiore e, solo con l'aiuto di molte altre statistiche, si potrà stabilire una giusta proporzione.

Anche nel caso nostro in cui l'appendice assai lunga si portava verso il Douglas, l'aderenza alla vescica non era se non la risultante del recente processo flogistico.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di appendicite pelvica riscontrato in un bambino di 6 anni, nel quale la malattia si rivelò attraverso la ritenzione acuta di orina, manifestandosi in seguito mediante una raccolta purulenta a sede ipogastrica.

All'operazione l'appendice assai lunga, nodosa, ripiena di pus aderiva alla cupola vescicale e si continuava in basso verso lo sfondato del Douglas.

Alla esposizione del caso, l'A. fa seguire alcune considerazioni circa la rarità della sintomatologia iniziale e l'importanza dell'appendicite pelvica.

BIBLIOGRAFIA.

1. BERTONE. *Nefriti secondarie ad appendicite per contiguità.* La Cultura Medica Moderna, 1926, n. 3.
2. CARLETTI M. *Appendicite pelvica simulante annessite.* Società Medico-Chirurgica Leonicena dell'Ospedale di Lonigo, 1931.
3. CORDERO. *Patogenesi, anatomia patologica, sintomatologia delle lesioni viscerali periappendicitiche ecc.* La Clinica Chirurgica, gen. 1907.
4. GIORDANO. *Lezioni di Clinica Chirurgica,* vol. 2.
5. KUMMEL. Deut. Med. Wochenschrift, 2 giugno 1921.
6. PALMA R. *Perforazione dell'appendice in vescica*, Archivio Italiano di Urologia, vol. 6, 1930.
7. PRISTARESCO G. *Contribution a l'étude des fistules vesico-intestinales.* Journal d'Urologie, vol. 2, 1912.
8. RANKIN and JUDD. *Vescico-appendiceal fistulas.* Surg., Gyn. a. Obst., vol. 32, 2 febbraio 1921.
9. SANTY. *De la prétendue bénignité des appendicites pelviennes.* La Presse Médicale, n. 54, 1926.
10. SOUPAULT et SEILLÉ. *L'appendicite pelviennes.* Revue de Chirurgie, anno XLIX, n. 7-8, juillet-octobre 1930.
11. SUTTON. *Vesigo-sigmoidal fistolae.* Surg., Gyn. a. Obst., vol. XLII, 1921.
12. TESTUT e JACOB. *Anatomia topografica.* Utet, 1918.
13. ZAFFAGNINI. *L'ematuria nell'appendicite.* Archivio Italiano di Urologia, vol. 3, 1926.
14. WAKELEY C. e GLADSTONE R. The Lancet, 28 gennaio 1928. Riportato dal Policlinico, Sezione Pratica, 1928.

Ospedale Policlinico Umberto I in Roma - I Padiglione.
Primario: Prof. V. PUCCINELLI.

Su un caso di torsione della milza sul peduncolo con sindrome appendicolare acuta

per il dott. ANTONINO BIONDO
assistente degli Ospedali Riuniti di Roma.

Dal 1545, epoca in cui Adriano Zaccarella di Napoli ha eseguito la prima splenectomia, ad oggi lo studio delle splenopatie è stato un campo abbastanza fertile per gli studiosi. Tra questi i chirurgi hanno portato un contributo notevolissimo e tale per cui a buona ragione la maggior parte delle affezioni della milza si considera non più di competenza medica.

Pur tuttavia anche gli studi più rigorosi, le esperienze più riuscite, non hanno dato risposta esauriente a tutti i quesiti posti per le malattie della milza. Nè d'altro canto è da meravigliarsi solo se si pensa alla non completa conoscenza che si ha delle molteplici funzioni dell'organo.

Praticamente però la costatazione che la splenectomia è ben tollerata e compatibile con la vita, la migliorata tecnica operatoria, ha reso più audace il chirurgo ed ha permesso che un numero notevole di splenopatie venisse giustiziato da una cura radicale.

Non è opportuno, in questa breve nota, addentrarci nel vasto campo delle splenopatie; mi limiterò ad illustrare un caso clinico che ho avuto agio di osservare e seguire in Ospedale. Mi intratterrò brevemente su uno degli accidenti acuti delle affezioni chirurgiche della milza: la torsione del peduncolo.

Veramente non si dovrebbe oggi dedicare, sia pure succintamente, tempo e parole alle torsioni di tumori o visceri. La moderna chirurgia, perfezionatasi nella diagnostica e nella tecnica, esercita una sana profilassi, e su vasta scala, con gli interventi precoci sui tumori e sulle ptosi di visceri eventuali cause, gli uni e le altre, di torsioni. Ed in effetti di tali accidenti se ne osservano più di raro; lo dimostra chiaramente la bibliografia. Non sempre però si ha l'opportunità di intervenire in tempo profilatticamente; non solo, ma il più delle volte con un tumore ignorato o con la ptosi del viscere non sospettata, si è portati, anche dopo il più accurato esame, ad una diagnosi errata. Quante volte si è diagnosticata la torsione del peduncolo della milza? poche volte! ed in questi casi fortunati quasi sempre il medico è

stato a conoscenza di una splenomegalia o di uno spostamento del viscere.

La diagnosi esatta non viene fatta anche perchè, data la sintomatologia vaga senza alcun dato sicuro da far sospettare la torsione, il medico non pensa alla milza e non indaga quindi attentamente nel raccogliere la storia e non completa l'esame obbiettivo facendo attenzione particolare all'ipocondrio S.

CASO CLINICO. — B. Renato, di anni 30, cameriere, da Roma.

Cinque giorni prima dell'ingresso in Ospedale ha avuto dolore lieve al fianco sin. accompagnato da scarsa elevazione termica. Il dolore è stato sempre continuo e senza irradiazione alcuna; la temperatura si è elevata in seconda giornata ed in terza ha raggiunto i 39°. Non vomito, non disturbi della minzione; ha vuotato l'alvo in seconda giornata in seguito a clistere; in terza giornata il dolore si è diffuso a tutto l'addome assumendo i caratteri del dolore colico; successivamente, dopo parecchie ore, il dolore si è localizzato al quadrante inferiore destro.

Questa la storia raccolta pazientemente dopo l'intervento. Da principio l'ammalato, forse per il suo stato grave, non è stato capace di dirci altro che da 5 giorni aveva febbre piuttosto elevata con stimolo al vomito, dolore dapprima diffuso a tutto l'addome poi localizzatosi in sede appendicolare, con chiusura dell'alvo. Notizie queste più che sufficienti per indirizzare verso la diagnosi di appendicite; diagnosi che riceveva conforto, come vedremo, dall'esame obbiettivo.

Precedenti personali: Due mesi fa enterocolite per 25 giorni circa. Nel 1921 affezione febbrile, di cui non sa dare alcuna notizia, per la durata di dieci giorni circa e che si è accompagnata a dolore all'ipocondrio sin. con tumefazione della milza. Nega la malaria, la lues e le altre malattie veneree.

Precedenti familiari: Negativi.

Esame obbiettivo. Condizioni generali piuttosto gravi. Lineamenti affilati, denti fuligginosi. Sensorio integro; decubito preferito supino. Nutrizione alquanto scaduta; pelle e mucose pallide; pannicolo adiposo scarso; non edemi; piccole linfoghiandole indolori nelle comuni stazioni linfatiche. Sistema osteoarticolare normale. Lingua asciutta patinosa; fauci nulla. Pupille uguali e reagenti. Riflessi osteoperiostei e tendinei presenti e normali.

Polso 120 ritmico; temperatura 37°,9; respiro 22.

Non modificazioni apprezzabili all'ispezione, palpazione e percussione degli organi del torace.

Addome: L'addome si presenta uniformemente e modicamente aumentato di volume specie nei quadranti inferiori. Cicatrice ombelicale normalmente infossata. Nessun segno di asimmetria tra i quadranti omonimi; nessuna modificazione di colore della cute, nè sviluppo di reticolo venoso superficiale. Invitando il p. ad eseguire profondi atti respiratori si apprezza distintamente che le pareti addominali, nella loro porzione sottoombelicale, sono quasi immobili. Il p. può eseguire pochi atti respiratori profondi a causa del dolore che localizza indistintamente nell'addome inferiore.

Non pulsazione epigastrica, nè movimenti vermicolari od ondulatori.

Con la palpazione si mette in evidenza uno stato di modica tensione e contrattura sotto-ombelicale; la difesa muscolare è nettamente manifesta in sede appendicolare. L'addome superiore è libero, trattabile sia alla palpazione superficiale leggera che profonda. Dolentissima la pressione sul Mac Burney; presenti i segni di Rowsing e Schoull; iperestesia cutanea del quadrante inferiore destro.

Porte erniarie libere. Non si palpano sotto l'arco costale nè fegato, nè milza.

L'ammalato viene portato al tavolo operatorio con diagnosi di « peritonite generalizzata da appendicite ».

Reperto operatorio (operatore dott. S. Ciancarelli).

Etero-narcosi. Taglio di Mac Burney ampio.

La fossa iliaca destra è occupata da una massa di omento, con segni di infiammazione recente, che ricopre, senza aderirvi, un corpo a superficie liscia, lucente, di colore bleu carico, del volume di un cedro, di forma irregolarmente ovale, di consistenza duro-carnosa, con i margini arrotondati e solcati da incisure nella loro porzione superiore. Si crede trattarsi di milza torta sul peduncolo; questo infatti scende dall'ipocondrio sin. ed ha compiuto 4 giri su sè stesso. Non si notano modificazioni apprezzabili macroscopicamente degli elementi del peduncolo.

La breccia operatoria non basta per l'estrinsecazione del viscere e si ampia con l'incisione della guaina dei retti e con l'incisione trasvervsale dei due terzi esterni del m. retto di destra. Si seziona il peduncolo facendo la emostasi frazionata con punti in catgut.

Tolto il viscere si mette in evidenza l'appendice che presenta marcati segni di flogosi recente; l'appendice è piccola, libera; si schiaccia e si lega alla base; si reseca col termocauterio e si affonda il moncone con doppio piano in seta.

Fegato e cistifellea in situ e normali. Si ricostituisce la parete a tre strati.

La milza è di volume doppio del normale; del peso di gr. 420. Poco tempo dopo l'operazione si è ridotta di una buona metà del suo volume.

Il decorso postoperatorio è stato abbastanza tranquillo. Nei primi sei giorni la temperatura ha raggiunto qualche volta i 39° a causa di una bronchite diffusa sopravvenuta con tutta probabilità in seguito alla narcosi.

Il p. è stato dimesso guarito ed in ottime condizioni di salute in 18ª giornata dall'operazione.

Esame microscopico della milza. — Il tessuto splenico ha conservato la sua normale architettura; la capsula è solo in qualche tratto modicamente ispessita. Si osservano distintamente i follicoli con l'arteriola ripiena di sangue.

Si notano subito a piccolo e forte ingrandimento i vasi venosi aumentati di calibro e fortemente ripieni degli elementi corpuscolati sanguigni senza per altro presentare alterazioni delle loro pareti.

Elementi del sangue stravasato ed in grandissima copia sono nella polpa splenica; un po' meno verso la periferia ed in seno ai follicoli. Nella capsula non si notano stravasi sanguigni che in qualche breve tratto; solo i vasi sono in essa aumentati di calibro e fortemente ripieni di sangue specie nella porzione più interna della capsula.

A causa dello stravaso sanguigno non è possibile distinguere bene la fine trama connettivale dell'organo.

Discussione del caso. — Prima di tutto: nei precedenti dell'ammalato avremmo potuto trovare qualche elemento tale da indirizzarci verso una esatta diagnosi? forse si!

Nel 1921 il p. ha sofferto una affezione febbrile con dolore all'ipocondrio sin. e tumefazione della milza. Detta sintomatologia si potrebbe benissimo spiegare con una torsione della milza di modico grado, incompleta, ridottasi poi spontaneamente senza bisogno di alcun intervento chirurgico.

Ma se tale diagnosi postuma può essere fatta con una certa probità e facilità dopo lo studio completo del caso, non si è nemmeno sospettata all'inizio dell'esame del p. sviati in un primo tempo dalla storia recente e successivamente dai segni obbiettivi.

La diagnosi con cui si è portato l'ammalato al tavolo operatorio è affatto completa ed esatta. Si è trovata sì una appendice infiammata ma non a tal punto da spiegare e la sintomatologia accusata dal p. ed i dati semeiologici dell'esame obbiettivo. Non è poi da meravigliare un simile reperto; si sa infatti che le tossicosi da appendicite possono dare un quadro sintomatico ed obbiettivo del tutto sproporzionato alla scarsa flogosi appendicolare.

Piuttosto nel nostro caso non si è nemmeno lontanamente sospettata la torsione della milza sul suo peduncolo. Forse in ciò si è caduti in errore per la storia poco fedele riferita dal p. all'ingresso in ospedale. Le condizioni gravi dell'ammalato, e non esclusa anche la sua scarsa intelligenza, hanno grandemente contribuito a raccogliere una anamnesi non del tutto esatta. Certo se il p. all'ingresso in Ospedale avesse fornito qualche notizia più dettagliata dell'inizio del suo male e dei suoi precedenti morbosi si sarebbe forse potuto sospettare una affezione chirurgica della milza; sospetto poi che sarebbe stato avvalorato dal fatto di trovare all'esame obbiettivo la loggia splenica vuota.

Ma anche l'esame obbiettivo ci ha indotto in errore; infatti la contrattura e difesa muscolare nei quadranti inferiori dell'addome specie in sede appendicolare con una storia di vomito e temperatura elevata per 4, 5 giorni ci hanno portato alla diagnosi di peritonite da appendicite.

I primi disturbi accusati dall'ammalato sono stati: dolore lieve allo ipocondrio sin., modica febbre, alvo chiuso: successivamente, in terza giornata, dolore a tipo colico diffuso a tutto l'addome e localizzatosi dopo alcune ore, al quadrante inferiore destro con febbre elevata.

È da pensare quindi: che la torsione della milza sia stata la prima a prodursi e probabilmente di modico grado: che si sia resa completa la torsione e la migrazione della milza verso la fossa iliaca destra nei giorni successivi; e che infine, in terza giornata, i fenomeni di reazione infiammatoria del peritoneo della capsula splenica si siano propagati per contiguità alla appendice sottostante.

Una volta stabilitasi la sindrome appendicolare, la torsione della milza è passata, almeno clinicamente, inosservata.

Comunque nel caso in esame come spiegare la torsione della milza? quale è la causa di detta torsione? è da attribuirsi ad un fattore meccanico o dinamico? e quanta parte ha avuto nella torsione la splenomegalia e quanta i ligamenti?

Prima di rispondere a queste domande è bene far precedere alcuni ricordi anatomici.

***

La milza è un organo che occupa la parte più alta dell'ipocondrio sin.; è posta tra il diaframma ed il mesocolon trasverso, dietro allo stomaco, superiormente alla ghiandola surrenale ed al rene sin. ed alla flessura sin. del colon. È un organo di vario volume a secondo gli individui e le età; ha un peso medio di circa 200 gr.; di forma paragonabile a quella di un tetraedro irregolare con la base in basso ed in avanti, con l'apice in alto ed in dietro. Il suo asse maggiore è diretto obliquamente in basso ed in avanti secondo la direzione delle ultime costole con le quali è in rapporto.

Si descrivono nella milza quattro facce: una laterale o diaframmatica, due mediali (l'ant. o faccia gastrica, la post. o faccia renale) ed una faccia basale. La faccia gastrica che si applica sulla parte post. del corpo e sul fondo dello stomaco presenta l'ilo attraverso cui penetrano e fuoriescono vasi e nervi dell'organo. La faccia basale è in rapporto con la coda del pancreas. Le facce descritte sono separate da margini: il margine sup., inf., e mediale. Di questi il superiore presenta incisure trasversali più o meno profonde. La milza non è un organo fisso; modifica la sua posizione secondo lo stato di vacuità o di replezione dello stomaco, del colon, e secondo la posizione del diaframma. Non oltrepassa l'arcata costale nelle profonde inspirazioni.

Mezzi di fissazione. — Sono i ligamenti costituiti dal peritoneo che, dopo aver rivestito la

superficie della milza, l'abbandona in corrispondenza dello ilo per portarsi sugli organi vicini.

Di essi i più importanti sono: *il ligamento gastro-lienale* ed *il ligamento posteriore della milza.*

Il ligamento gastro-lienale unisce l'ilo della milza alla faccia posteriore della regione del fondo dello stomaco e contiene nel suo spessore i vasi brevi; può inferiormente prolungarsi in una piega secondaria, *ligamento colico-lienale*, che raggiunge il mesocolon ed il colon trasverso.

Il ligamento posteriore della milza è corto ed unisce l'ilo alla parete addominale posteriore; contiene i vasi lienali e la coda del pancreas. La porzione inferiore di detto ligamento che ha rapporto col pancreas prende il nome di *ligamento pancreatico-lienale*, mentre la porzione più alta che raggiunge il diaframma piglia il nome di *ligamento frenico-lienale.*

La loggia splenica verrebbe così ad essere costituita: lateralmente in alto ed in dietro dal diaframma, medialmente dalla parte posteriore dello stomaco, in basso da una porzione della faccia ant. del rene, dal surrene di sin., dal mesocolon trasverso e ligamento frenocolico.

Oltre ai ligamenti a cui si è fatto cenno contribuiscono a mantenere *in situ* la milza: la pressione intra-addominale dovuta una parte alla presenza costante di gas e liquidi nel canale alimentare e dall'altra parte alla tonicità dei muscoli della parete dell'addome che agiscono come una cinghia per applicare il pacchetto intestinale sulla milza come sui reni.

Si è precedentemente detto come allo stato normale la milza non sia completamente fissa nella loggia splenica: si abbassa nella ispirazione, cambia direzione a secondo lo stato di replezione o vacuità dello stomaco e del colon, e coi cambiamenti di posizione del corpo.

Tale mobilità fisiologica può alle volte mancare del tutto per aderenze del viscere agli organi vicini o alle pareti, come pure può aumentare oltre misura. In tal caso la milza abbandona la sua loggia, per portarsi in un punto qualunque del cavo addominale a secondo del grado di distensione dei suoi ligamenti. A secondo poi del grado dello spostamento si distingue: la milza ptosica, mobile, migrante ed infine quando è fissata in posizione atipica la milza ectopica.

Lo spostamento lienale può essere secondario ad una malattia dell'organo: malaria, leucemia, sarcoma, ecc. ecc. In tali casi il viscere aumentato di volume e peso stira i ligamenti che si trovano distesi ed allungati e qualche volta addirittura rotti.

Ma la splenomegalia basta a spiegare lo spostamento della milza?

Darfeuille ha esperimentato sui cadaveri, dopo 24 ore dalla morte, la resistenza dei ligamenti lienali. Le cifre ottenute sono le seguenti:

ligamento frenico-lienale	Kg. 2,700	Kg. 4,700
ligamento pancreatico e gastro-lienale	» 2,900	» 4,100
peduncolo	» 4,000	» 3,500

In linea di massima quindi i ligamenti lienali non sopporterebbero un peso superiore ai 3500 gr. circa. Con un peso simile essi si rilascerebbero permettendo così la mobilità della milza.

Ci sarebbe da obiettare che è ben differente per un ligamento resistere al peso di parecchi chilogrammi per pochi minuti, come nelle esperienze di Darfeuille, ovvero sopportare un peso anche minore per mesi ed anni. Le esperienze dell'A. quindi dicono ben poco sul vero grado di resistenza dei mezzi di fissazione della milza.

Se però noi teniamo conto che non in tutti gli spostamenti della milza l'organo raggiunge un tale peso è logico pensare che la splenomegalia da sola non basta a spiegare lo spostamento. Tanto meno spiega l'accidente acuto, la torsione sebbene in questa si riscontri sempre, oltre alla mobilità, un aumento di volume del viscere.

Ma nella torsione del peduncolo in special modo, ove non si incontrano mai splenomegalie considerevoli, non si può tenere conto dell'aumento di volume della milza come fattore primitivo determinante lo spostamento e la torsione.

La pratica chirurgica ci insegna che non si avverano mai torsioni in milze grandemente ipertrofiche; in tal caso infatti la milza non avrebbe spazio sufficiente per girare attorno al suo peduncolo una o più volte.

In linea generale è quindi da ammettere che, ove non si tratti di notevoli splenomegalie, lo spostamento della milza riconosce come causa primitiva e determinante la diminuita resistenza, congenita o acquisita, dei ligamenti.

Nel caso in esame la milza era di volume doppio del normale; ma nè l'esame macroscopico del viscere dopo l'ablazione, nè l'esame microscopico ci hanno fornito elementi tali da farci sospettare una affezione splenica capace di produrre un aumento di volume. Tale aumento è quindi da mettersi in relazione direttamente con la torsione.

La torsione infatti determinando la compressione delle vene lienali impedisce il reflusso del sangue e crea difetti di circolo quali: la semplice congestione, l'infarto, l'emorragia sotto-capsulare, la rottura capsulare con emoperitoneo, la necrosi specie nel caso di compressione dell'arteria, ed infine la rottura del peduncolo.

Nel caso in esame si è avuto solamente congestione e stravaso sanguigno nella polpa splenica, come risulta chiaramente dall'esame microscopico.

Come spiegare la torsione?

Payr ha dato una concezione ingegnosa di detto accidente. L'A. avrebbe visto, per un esagerato aumento di pressione nel sistema venoso lienale, le vene spleniche avvolgere l'arteria, strozzarla non completamente e provocare così ciò che chiama la torsione emodinamica in opposizione alle torsioni ordinarie spiegate con gli spostamenti, la splenomegalia ecc. ecc.

D'Urso attribuisce la torsione a fattori anatomici: dal modo di impianto del peduncolo splenico risulta che la porzione antero-superiore più voluminosa della milza è meno sostenuta e che se la milza diviene mobile tenderà a portarsi verso il basso con la parte più pesante e perciò a rotare da sin. a destra e dall'alto in basso.

È da ricordare però che un rilasciamento dei ligamenti può dare una mobilità della milza con inginocchiamento del peduncolo e conseguente aumento di volume dell'organo per congestione passiva; aumento di volume che potrebbe favorire meccanicamente lo stabilirsi di uno spostamento di grado più avanzato ed eventualmente una torsione completa.

Nel nostro paziente la mobilità della milza sembra si debba ammettere come primitiva e non secondaria alla splenomegalia la quale è da considerarsi quindi come insorgente in modo acuto in seguito ai disturbi di circolo della torsione. Infatti l'esame della milza non ci ha dato alcun elemento per poter spiegare la splenomegalia con una affezione della milza antecedente all'accidente acuto. Anzi, se si considera il notevole stravaso sanguigno della polpa, ed il fatto che dopo poco tempo dall'operazione il viscere è tornato al volume normale o quasi dobbiamo senz'altro ammettere che si deve esclusivamente all'accidente acuto, nel nostro p., l'ingrossamento della milza.

Nessun dato però abbiamo, nel nostro caso, per spiegarci la causa determinante la torsione.

La storia a questo riguardo è completamente muta. Si sa che alle volte un modico esercizio fisico, un movimento brusco del corpo, un trauma all'ipocondrio sin., le manovre di un semplice esame obbiettivo (caso di Körte) possono essere cause determinanti la torsione. Non è poi escluso il caso che l'accidente acuto si manifesti nel completo riposo.

Riepilogando possiamo concludere: nel nostro p. si è avuto con tutta verosimiglianza un accidente di torsione non grave nel 1921. È da ammettere la mobilità della milza come data dal rilasciamento dei ligamenti — tale mobilità ha permesso si manifestasse la torsione del peduncolo questa volta completa. La causa della torsione ci sfugge.

L'appendicite è venuta ad aggravare e confondere il quadro clinico.

***

È bene, a questo punto, dire succintamente delle modalità con cui si manifesta l'accidente acuto oggetto del nostro studio.

Una volta avvenuta la torsione, la sintomatologia può svolgersi tumultuariamente o in maniera subacuta o addirittura cronica. Ciò probabilmente è da mettersi in relazione col grado di torsione e col tempo che ha impiegato il peduncolo a girare su se stesso.

Gli accidenti cronici si limitano principalmente a fatti di perisplenite; quelli subacuti ad aumenti rapidi di volume dell'organo.

Gli accidenti acuti sono quelli di diagnosi più difficile perchè a sintomatologia vaga: dolore vivo, vomito, tachicardia, facies alterata, addome globoso, tensione dolorosa del ventre fanno pensare più alla peritonite.

In quei casi però in cui la tensione dolorosa delle pareti addominali è scarsa sì da permettere alla palpazione la percezione della tumefazione, specie poi se l'ammalato ci racconta di avere la milza mobile, la diagnosi può essere facile e l'intervento quanto mai pronto.

Non sempre però la torsione della milza dà accidenti drammatici simili in tutto a quelli della peritonite generalizzata.

Quante volte non si è intervenuti con diagnosi di cisti ovarica torta, di tumore degli annessi, cisti del mesentere, volvulo del grosso intestino, rene ectopico, ecc., ecc.? quante altre non si è intervenuto senza una precisa diagnosi?

Comunque se purtroppo dobbiamo riconoscere la difficoltà e spesso la impotenza del nostro lavorio diagnostico, pur non possiamo escludere che la torsione della milza sul peduncolo abbia il suo quadro clinico. Riassumiamolo.

Il paziente che viene alla nostra osservazione ci racconta una storia ove figurano do-

lori, fenomeni nervosi, disturbi della digestione: la sintomatologia della milza mobile.

I dolori sono a tipo gravativo all'ipocondrio sin. e di intensità variabile, si accentuano nella stazione eretta (stiramento sui ligamenti) e nella marcia e si possono irradiare alla scapola sin., al dorso e verso il bacino.

Alcune volte il dolore è molto vivo all'ipocondrio sin. con comparsa di tumefazione sotto l'arco costale. A tale sintomatologia si può accompagnare anoressia, nausea, vomito e diarrea.

Questi ammalati che per la mancanza di una diagnosi esatta non possono beneficiare di una cura appropriata, alle volte diventano di carattere irritabile e vanno verso la nevrastenia. Qualche volta il p. ha la sensazione subbiettiva della mobilità della sua tumefazione.

Quando la milza mobile, per l'influenza delle irritazioni della sua superficie, causate da torsioni incomplete e passeggere, si fissa per aderenze infiammatorie in una fossa iliaca od in un punto del piccolo bacino, alla sintomatologia vaga accennata si possono aggiungere altri disturbi dati dalla compressione della milza stessa sugli organi vicini: compressioni sull'intestino che determinano disturbi della defecazione; compressioni su una parte dell'app. urinario con disuria sino alla ritenzione; compressioni sugli organi genitali femminili con mestruazioni dolorose abbondanti sì da far pensare a fibromi dell'utero.

I segni obbiettivi possono, assieme ai disturbi accusati dal p., indirizzarci verso una esatta diagnosi.

L'ispezione può farci rilevare lo stato di flaccidità delle pareti addominali.

La palpazione permetterà nei casi favorevoli, in cui non si ha la tensione dolorosa delle pareti, di constatare la presenza di una tumefazione in una qualunque parte dell'addome con i caratteri della milza e ci permetterà di osservare se detta tumefazione è fissa ovvero libera.

Con la percussione dell'aia splenica a livello della nona, decima ed undicesima costa ci renderemo conto se la loggia splenica è parzialmente o del tutto libera del suo viscere.

All'ascoltazione infine può essere percepito un soffio sulla tumefazione prodotto dalla compressione o torsione dell'arteria splenica.

A ciò si aggiungono i dati dell'esplorazione vaginale o rettale che ci possono essere di grande utilità nel determinare i caratteri della tumefazione.

Purtroppo, e per di più nella maggioranza dei casi, l'anamnesi più accurata, l'es. ob. più preciso non ci portano alla diagnosi.

I nostri errori sono dovuti al fatto che non esistono segni patognomonici. Certamente però una storia per quanto vaga di milza mobile, come quella descritta, in un ammalato con dolore improvviso addominale e segni di peritonismo, la scomparsa dell'aia di ottusità splenica e la constatazione di una tumefazione con i caratteri della milza in un punto qualsiasi dell'addome, se non ci permetteranno, per altre ragioni, di emettere una diagnosi di sicurezza, ci daranno almeno un sospetto e molto fondato di trovarci in presenza di un caso di torsione della milza sul suo peduncolo.

Sospetto che basta da solo a guidarci verso una opportuna terapia: la splenectomia, in qualunque forma ed in qualunque periodo della torsione.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di torsione della milza sul peduncolo con migrazione dell'organo nella fossa iliaca destra e sindrome appendicolare acuta.

Discute come l'anamnesi e l'es. ob. abbiano potuto far cadere in errore nella diagnosi emessa prima dell'intervento operatorio.

Si intrattiene infine e dettagliatamente sui concetti di torsione dei visceri e, dopo i fondamentali ricordi anatomici, da un quadro clinico della torsione della milza.

BIBLIOGRAFIA.

1. AILLAUD. *Sulla torsione cronica del peduncolo della milza mobile.* Tesi di Montpellier, 1910.
2. BROSSMAN. *Splenectomia in milza mobile a peduncolo torto.* Zentr. f. Chir., 1922, t. XLX,
3. BULLARD. *Milza pelvica con torsione del peduncolo.* Amer. Journ. of Obst. a. Gyn., vol. XXV, n. 4, 1933.
4. BUREAU. *Contributo allo studio dell'ectopia della milza: torsione del peduncolo.* Tesi di Parigi, 1896.
5. CANTELMO. *Generalità e patogenesi delle torsioni.* Ann. Ital. di Chir., vol. XI, n. 10, 1932.
6. CHIARUGI. *Trattato di Anatomia.* Soc. Ed. Libr., Milano, 1924.
7. DANDOLO. *Sullo stato presente della chirurgia della milza.* Gazz. med. Lombarda, n. 93.
8. DARFEUILLE. *Milza mobile con torsione del peduncolo.* Tesi di Parigi, 1894.
9. DE QUERVAIN. *Trattato di diagnostica chirurgica.*
10. D'URSO. *Studio clinico e sperimentale dell'infarto splenico nella rotazione della milza.* Policlinico, 1896, n. 1-3.
11. GALLO e MARANO. *Torsione del peduncolo della milza.* Bol. y trabajos de la Soc. de Cir. de Buenos Aires, t. XVI, n. 19, 1932.
12. ID. ID. *Torsione del peduncolo della milza ecc.* La Prensa Medica Argentina, a. XX, n. 7, 1933.
13. FAITOUT. *La milza mobile.* Gaz. des Hôpit., 23 mai 1896.

14. LAUDADIO. *Milza discesa nel piccolo bacino ecc.* Arch. di Pat. e Clin. Med., t. XII, n. 3, 1932.
15. LEOTTA. *Chirurgia della milza.* Congr. Intern. di Chirurgia, Bruxelles, 1926.
16. MONDOR. *Diagnostica urgente. Addome.* Parigi, 1930.
17. MONTI. *Volvulo del cieco per ectopia splenica.* Boll. delle Scienze med., 1911, XCII, ser. IX, fasc. 5-9.
18. MORAULT. *Della torsione del peduncolo nell'ectopia della milza.* Tesi di Bordeaux, 1895-1896.
19. OKINCZYC. *Torsione di milza soprannumeraria.* Soc. Nat. de Chir. de Paris, 22-II-1933.
20. ORECCHIA. *Contributo alla estirpazione della milza per splenomegalia primitiva.* Torino, 1894.
21. OULIE. *Milza ectopica nella fossa iliaca destra. Torsione del peduncolo con occlusione intestinale.* La Presse Méd., n. 9, 1932.
22. PILLIET. *Delle lesioni della milza mobile.* Semaine méd., 1895, n. 54.
23. RANZI e VOGL. *Chirurgia della milza.* Wiener mediz. Wochen., a. LXXXIII, n .6, 1933.
24. SALIS. *Un caso di torsione della milza ecc. ecc.* Correspondenzblatt für Schweezer Artzte, t. XLIII, n. 50, 1913.
25. TRINKLER. *Un caso di estirpazione della milza torta.* Chirourguitchesky Archiv Velianimova, t. XXVII, n. 6, 1911.
26. VILLAR. *Malattie della milza. Trattato di chirurgia* di LE DENTU e DELBET.

OSPEDALE CIVICO « S. GIOVANNI EVANGELISTA »
TIVOLI

SEZ. CHIRURGICA « A. PARROZZANI »

Primario chir. dirett.: Dott. Prof. C. COLUCCI

Un caso di sierosite circoscritta sottojaksoniana

per il dott. B. MARIOTTI, aiuto.

L'esimio prof. Solieri in un lavoro comparso nel « Policlinico », Sez. Pratica, n. 34, 1933, ha reso nota una particolare disposizione anatomo-patologica della regione ceco-appendicolare, cui ha dato il nome di « sierosite circoscritta sottojaksoniana » e che clinicamente si esplica con il quadro di una appendicite cronica o subacuta.

Si tratta, come egli dice, di un versamento sieroso in una cavità chiusa foggiata come a manicotto e limitata da una parte dalle membrane di Jakson e dall'altra dal ceco e dal colon ascendente per una certa sua parte.

Questo all'infuori di qualsiasi versamento libero intraperitoneale e di ogni segno di malattia degli organi e del peritoneo della regione, perlomeno apprezzabile macroscopicamente.

È capitato alla nostra osservazione un caso che ha presentato un reperto operatorio simile a quello descritto dal chiarissimo prof. Solieri per i suoi casi con, in più, segni chiari di flogosi acuta della ampolla cecale.

Tal F. Agostino entra in reparto il 26 luglio u. s. Il paziente riferisce di non saper nulla del passato patologico dei suoi ascendenti. A 40 anni ebbe febbri malariche.

Circa venti anni or sono in seguito a sforzo notò la formazione di una tumefazione alla regione inguinale destra. Detta tumefazione scompariva nella stazione supina e ricompariva nella stazione eretta. Talvolta è stata sede di modica dolenzia e causa di fastidio al paziente.

Ieri 25, alle ore 18, è stato preso da dolori addominali prevalenti nella fossa iliaca destra con vomito ed elevazione febbrile.

Al momento dell'ingresso le condizioni generali del p. erano un po' gravi; il polso batteva a 80 discretamente valido, la temperatura raggiungeva i 37°,8.

L'esame degli organi toracici era negativo.

L'addome, poco trattabile, era dolentissimo in corrispondenza della fossa iliaca destra dove esisteva discreta difesa muscolare. In corrispondenza del tragitto inguinale destro si notava una tumefazione allungata, della grandezza di un uovo, dura, un po' dolente, non riducibile, che si continuava con un peduncolo stretto, che si perdeva nell'addome.

L'esame delle urine dava: albumina presente, zucchero e pigmenti biliari assenti, nel sedimento qualche emazia e non cilindri. La reazione di Sgambati era positiva.

Il p. era stato inviato a noi con la diagnosi di ernia strozzata, ma l'esistenza della febbre, il dolore più spiccato sulla fossa iliaca destra, dove esisteva anche difesa muscolare, ci fecero restar perplessi sulla veridicità di tale diagnosi e ci fecero piuttosto propendere per una lesione infiammatoria acuta del quadrante inferiore destro dell'addome e quindi per l'eventualità più probabile di una appendicite acuta associata ad un'ernia inguinale irriducibile.

In ogni maniera, operatore il prof. Colucci, in anestesia rachidea percainica, si praticò una erniolaparotomia inguinale destra per parare ad ogni eventualità: si sbriglia e si mette in luce la suddescritta tumefazione inguinale. Si vede che essa è costituita da un vecchio sacco erniario a pareti spessissime e a tratti in degenerazione di aspetto caseoso. Nella sua cavità non vi sono anse intestinali, ma è contenuto del liquido appena citrino, limpidissimo, racchiuso da una specie di parete cistica sottilissima velamentosa con sepimenti. Verso l'alto il tessuto preperitoneale è fortemente edematoso. Aperto il peritoneo si constata che il ceco è ricoperto e circondato da membrane lievi e molto estese che racchiudono tra di esse e la parete intestinale delle raccolte di liquido con gli identici caratteri di quello riscontrato nel sacco erniario.

In alcuni punti tali membrane costituiscono delle vere grosse formazioni cistiche di cui una comunica con la cavità sepimentata contenuta nel sacco erniario.

L'appendice è lunga, aderente alle dette membrane ma non presenta note macroscopiche di flogosi. Invece la parete cecale è arrossata cospar-

sa in alcuni punti di essudati fibrinosi. Le anse intestinali e il peritoneo parietale delle vicinanze sono macroscopicamente sani. Nel grande cavo peritoneale non è contenuto liquido.

Atti: liberazione del sacco erniario ed escissione. Appendicectomia. Lisi parziale delle membrane. Tamponamento e sutura parziale della parete.

Il decorso post-operatorio fu normale, salvo una tardiva affezione polmonare in quindicesima giornata, ben sopportata dal p. che uscì guarito per seconda il 2 settembre.

Riguardo alle cause determinanti di tali versamenti è logico pensare che siano di natura batterica o tossica e provenienti dai tratti intestinali viciniori alle formazioni membranose. Ed il fatto che i versamenti si formano in corrispondenza del tratto ceco-appendicolare può essere bene spiegato dalla facilità con cui e ceco ed appendice sono soggetti ad ammalarsi di affezioni infiammatorie acute e croniche. Più raramente si potrà pensare che dette cause possano anche provenire da sedi lontane, per via ematogena. Oltre a ciò è necessaria la presenza nella regione di formazioni velamentose disposte a formare uno spazio chiuso.

Nel caso da noi osservato era in atto una tiflite acuta. L'arrossamento della parete cecale e la presenza su di essa di essudati fibrinosi non lasciavano dubbio.

Nel nostro caso, quindi, è logico pensare che l'essudazione sierosa fosse dovuta alla evidente infiammazione cecale e che la coesistente presenza di membrane velamentose avesse determinato la formazione del particolare reperto più sopra descritto.

Non era da pensare che le raccolte di sierosità fossero dovute ad ostacoli circolatori di ordine locale o generale o fossero di natura diatesica perchè non esistevano segni di lesioni vascolari, di qualunque genere, nelle vicinanze, non vi era una goccia di liquido nella grande cavità addominale, non esistevano edemi in nessuna altra parte del corpo, non coesistevano malattie di alcun altro organo o sistema.

Individuare clinicamente casi di questo genere anche a noi sembra difficile per non dire impossibile e crediamo che la diagnosi che si porrà sarà di colite, tiflite, e più spesso di appendicite.

La conoscenza di tale reperto è però necessaria per il chirurgo perchè non resti sorpreso della stranezza del quadro operatorio ed abbia elementi sicuri per la condotta terapeutica e per la prognosi.

Mi sembra poi giusto che tale forma morbosa venga descritta sotto il nome di sierosite circoscritta sottojaksoniana di Solieri per un doveroso riguardo per il chirurgo che l'ha resa nota.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso da inquadrare nelle sierositi circoscritte sottojaksoniane di Solieri.

PROBLEMI NUOVI

Il mistero della quartana.

La malaria quartana presenta molti caratteri enigmatici, tanto che nella letteratura malariologica si parla di un «mistero della quartana», designazione dovuta a Marchoux e accolta da altri studiosi.

Stranissimo è, ad es., il minimo grado d'infettività della quartana, ove si raffronti con quello delle altre due forme abituali di malaria. Difatti queste conferiscono con molta facilità l'infezione agli anofeli (si è giunti al 100 % di risultati positivi); e gli anofeli infetti sono, poi, in grado d'infettare l'uomo. Invece non si consegue quasi mai lo stesso risultato nei riguardi della quartana: non si conosce che un numero esiguo di risultati positivi, e di regola le esperienze si sono dovute arrestare all'infezione delle zanzare (così in quella classica di Bastianelli e Bignami); solo un paio di volte si è giunti fino alla trasmissione della quartana all'uomo (esperienze dovute alla Avebouch ed a Boyd e Stratman-Thomas).

Un altro comportamento assai curioso è la distribuzione irregolarissima della quartana: quasi sempre questa è presente in proporzioni minime rispetto alle altre due specie di malaria; inoltre si riscontrano casi isolati della malattia, lontanissimi tra loro e senza alcuna connessione. Non si comprende come possa avvenire la trasmissione poichè, per passare dall'uno all'altro, le zanzare dovrebbero, a volte, compiere percorsi di decine e decine di chilometri.

Un carattere peculiare della quartana è dato dalla lunghissima incubazione, come non suole aversi in altre malattie infettive.

Poco intelligibile è anche la comparsa della malattia verso la fine dell'anno, quando la temperatura si abbassa e le zanzare cominciano a declinare.

***

Gli enigmi della quartana sono stati ora chiariti da A. Missiroli e A. Corradetti (*Atti d. Reale Accad. Naz. dei Lincei, Rendiconti*, vol. XIX, fasc. 4 del 18 febbraio 1934), i quali hanno avanzato la tesi che questa malattia sia il prodotto di un ibridismo fra terzana e subterzana, cioè fra malaria da *Plasmodium vivax* e da *P. falciparum*. Nel tubo digerente delle

zanzare avverrebbe la fecondazione dei macrogameti di terzana da parte dei microgameti di subterzana o viceversa, e da tale incrocio deriverebbero degli sporozoiti che conferirebbero l'infezione quartanaria.

Questa ipotesi elimina tutte le difficoltà d'interpretazione dei fatti presentati dalla quartana.

In primo luogo, viene ad essere spiegato perchè molto difficilmente la malattia determini l'infezione nelle zanzare. Difatti uno dei caratteri essenziali dell'ibridizzazione tra specie diverse, è la sterilità, assoluta o relativa. Le zanzare, secondo questa concezione, s'infettano in seguito all'incrocio tra i gameti delle due specie originarie; ma non s'infettano più, o solo del tutto eccezionalmente, se assorbono i gameti degl'ibridi. Allo stesso modo, i cavalli e gli asini s'incrociano; ma i muli difficilmente prolificano, o solo in via del tutto eccezionale.

Si spiegherebbe, inoltre, perchè possa mancare una connessione tra i vari casi di quartana: difatti questi insorgerebbero indipendentemente gli uni dagli altri. Un'infezione mista delle zanzare basterebbe a determinare i casi di quartana ovunque esistano le altre due forme di malaria (sia che le zanzare pungano, contemporaneamente o quasi, un gametocitifero terzanario ed uno subterzanario; sia che esse pungano un portatore delle due infezioni).

La comparsa della quartana durante un'epoca inoltrata dell'anno si spiegherebbe, in quanto occorre la presenza dei gametociti di terzana e di subterzana, e questi ultimi non divengono numerosi che in autunno. Entra anche in campo, per spiegare il fenomeno, la lunga incubazione della quartana.

Questa lunga incubazione ed il ritmo rallentato della febbre — intervalli di due giorni di apiressia — si possono mettere in rapporto con la vitalità minore dei parassiti quartanari, rispetto ai parassiti delle due specie originarie.

***

Gli AA. adducono alcune prove epidemiologiche a favore del loro assunto. Così la quartana incide con frequenza crescente nel corso dell'anno (rilievi eseguiti a Portogruaro). Essa manca in assenza di una delle altre due forme di malaria. Essa è scomparsa nelle zone da cui è scomparsa la subterzana.

V'è anche una base sperimentale alla loro concezione. Difatti Grassi ebbe ad osservare, *in vitro*, la fecondazione di un macrogameto di *Plasmodium vivax* da parte di un microgameto di *P. falciparum*. L'illustre biologo ne desunse l'unità fondamentale dei parassiti malarici, i quali, a suo avviso, avrebbero dato degli ibridi fecondi, capaci di sviluppo indefinito, idonei a ripristinare i genotipi; per tal modo egli spiegava l'avvicendarsi, nell'anno, delle epidemie di terzana e di subterzana, pur mancando i gametociti di subterzana durante una certa epoca dell'anno. Egli non pensò che l'ibrido avesse caratteri diversi e che fosse infecondo o quasi infecondo.

Gli AA. hanno ora in corso altre ricerche sperimentali, dirette a determinare l'ibridizzazione delle zanzare ed a conferire la malaria mediante zanzare così infettate. Si tratta di ricerche lunghe e pazienti; intanto, gli AA. hanno voluto precisare le loro vedute e dare notizia della loro prima inchiesta.

L. VERNEY.

SUNTI E RASSEGNE.

ARTICOLAZIONI.

Le artriti sacrali.

(R. MASSART. *Revue de Chirurgie*, marzo 1934).

Le articolazioni sacrali che uniscono il sacro al rachide lombare con la sua base ed alla cintura pelvica con le sue faccie laterali, costituiscono punti mobili dello scheletro su i quali si esercitano permanentemente forze considerevoli.

È a livello di queste articolazioni che le forze agenti dal rachide e quelle trasmesse come reazione dagli arti inferiori si equilibrano per mantenere l'individuo in posizione verticale, per consentirgli di tenersi in piedi, o seduto, di piegarsi in avanti, indietro o verso i lati.

Come tutte le articolazioni quelle sacrali possono essere la sede di processi morbosi varî che si estrinsecano sintomatologicamente sopra tutto con dolori ai lombi.

Le lombalgie possono essere provocate da lesioni ginecologiche, urinarie, nervose, vertebrali e sacrali. Queste ultime possono essere rilevate con molta precisione dall'esame radiografico, ma il più delle volte un esame clinico sistematico e preciso consente di individuare l'origine sacrale delle lombalgie ed anche di differenziare quella provocata dalla mobilizzazione sacro-lombare da quelle causate dalla mobilizzazione sacro-iliaca.

L'esame del malato deve praticarsi nella posizione eretta, seduta e sdraiata.

Nella posizione eretta a tacchi riuniti non si ha nessuna sofferenza, ma basta far piegare in avanti il paziente e quindi farlo risollevare per destare il dolore. Questo si manifesta quando la flessione ed il raddrizzamento del rachide raggiungono un certo grado. A partire da questo punto il soggetto per soffrire meno si raddrizza deviando la colonna vertebrale dal lato dove la sacro-iliaca è alterata. In questo movimento tutto il bacino resta immobile quando la sacro-lombare è sana, ma quando questa è alterata il rachide inferiore dolente perde la sua mobilità ed il bacino, seguendo il movimento, si sposta sulle anche.

Nella posizione seduta la flessione ed il raddrizzamento del tronco si compiono più facilmente e sono meno dolenti. In questa posizione la pressione diretta sulle articolazioni sacro-iliache, sulle inserzioni ossee legamentose, su i punti di emergenza dei nervi provoca dolore, il che ha molta importanza per la localizzazione delle lesioni.

Nella posizione eretta e seduta si possono apprezzare i disturbi statici rivelatori della cattiva posizione del rachide in rapporto al bacino, le scoliosi a grande curvatura il cui punto di partenza è lombare, le contratture in massa e spesso unilaterali dei muscoli delle doccie vertebrali, le lordosi esagerate.

La posizione sdraiata consente di meglio precisare la sede dell'artrite sacrale perchè meglio si rivelano gli spostamenti dei rapporti delle varie ossa.

I dolori lombari di origine sacrale possono essere tali da impedire qualsiasi movimento. Il malato soffre continuamente, non trova sollievo dal riposo a letto, e deve ricorrere agli analgesici, alla morfina.

Le artriti sacrali oltre che lombalgie provocano altri disordini nervosi dovuti ai rapporti del sacro con i plessi nervosi lombari e sacrali, con le radici dei plessi stessi. Il foro intervertebrale sacro-lombare è il più stretto dei fori di comunicazione intervertebrali lombari ed è attraversato dalla radice nervosa più voluminosa. Una qualsiasi alterazione del disco, un qualsiasi spostamento del corpo vertebrale, una qualsiasi modificazione morfologica o traumatica delle apofisi articolari può provocare un restringimento del foro intervertebrale e la conseguente irritazione, pressione, ed anche lesione del nervo che lo attraversa.

A lesioni ossee o articolari minime corrispondono disturbi nervosi gravi: nevralgie, neuriti con importanti atrofie musculari, disturbi della sensibilità periferica.

I disturbi nervosi traducono clinicamente l'evoluzione delle lesioni ossee e articolari e si spiega così come le sciatiche abbiano un inizio a tipo neuralgico per poi evolvere verso vere neuriti con alterazioni motorie e sensitive.

Molte, si può dir la maggior parte delle sciatiche, dipendono da lesioni delle articolazioni sacrali, come è facile comprovare con l'esame clinico e sopra tutto radiografico. Questo fa rilevare fratture, entorse, malformazioni, distruzioni ossee o articolari, anchilosi. Le cause di queste lesioni sono varie: disturbi statici, traumi, anomalie congenite, artriti acute e croniche, tumori maligni.

È facile comprendere come i disturbi statici determinati dal mantenere a lungo certe posizioni di sforzo, dallo stare continuamente in piedi, o da alterazioni ossee lontane (piedi piatti, ginocchio valgo ecc.) che turbano l'equilibrio statico e dinamico dello scheletro, possono provocare rilasciamento dei legamenti, che a sua volta è causa di uno spostamento dei normali rapporti lombo-sacrale e sacro-iliaco.

Gli sforzi violenti inerenti sopratutto al sollevamento di oggetti molti pesanti possono provocare sublussazioni, incrinazioni, strappamenti dei legamenti e dei muscoli. Gli sports violenti, i lavori gravosi sono le cause di una gran quantità di artriti sacrali.

Le lesioni traumatiche sacro-lombare sembrano essere molto più frequenti sull'arco posteriore che a livello dell'arco anteriore.

Nelle articolazioni sacro-iliache le lesioni si verificano più spesso sulle cartilagini. L'alterazione abituale sarebbe una sublussazione, la quale si produrrebbe con un particolare meccanismo. Le superficie articolari delle diartrosi sacro-iliache sono riunite da potenti legamenti, di cui il principale, il legamento sacro-iliaco posteriore, sostiene il peso del corpo nella stazione eretta. Qualsiasi sforzo non può provocare lo strappamento di questi legamenti. Nell'atto di sollevare un peso le masse musculari del dorso e principalmente i fasci iliaci del grande gluteo si contraggono per fissare il rachide al bacino ed impedire al corpo di cadere in avanti. Nel momento in cui il soggetto si raddrizza e inizia l'elevazione del peso, i fasci sacrali e coccigei del grande gluteo si contraggono a loro volta e spingono in avanti la parte inferiore del sacro e fanno girare l'osso intorno al grande legamento sacro-iliaco posteriore. Durante questo movimento l'articolazione si trova forzata e si sviluppa un'artrite traumatica con versamento e dolori. Può anche accadere che in occasione di uno sforzo più violento o di sforzi ripetuti durante il movimento del sacro si producono spostamenti nei contatti delle superficie articolari sacro-iliache. Queste distorsioni ripetute a lungo andare producono lesioni articolari croniche che determinano le dette sofferenze statiche importanti.

Le malformazioni congenite della regione sacrale sono molto frequenti. Il sacro è formato dalla fusione, durante lo stadio cartilagineo, delle vertebre rudimentali situate al disopra della regione caudale. La differenziazione può rimanere incompleta e dare la lombalizzazione del sacro, oppure sorpassare il numero normale delle vertebre differenziate e fuse dando la sacralizzazione delle vertebre lombari, o infine arrestarsi nello sviluppo dando l'agenesia nel sacro.

Queste anomalie sacro-lombari possono essere uni- o bilaterali e complicarsi con alterazioni di forma delle vertebre, ed hanno per conseguenza uno squilibrio della statica vertebrale, deformazioni articolari, attitudini viziose che si accentuano con l'età, lombalgie e disturbi nervosi a carico del plesso sacro-lombare.

Ma le artriti sacrali più frequentemente sono determinate da infezioni croniche comuni a tutte le altre ossa ed articolazioni.

Le artriti sacrali possono giovarsi delle cure comunemente adoperate: massaggi, busti di immobilizzazione, revulsivi, bagni termo-minerali. Ma spesso tali cure lasciano il tempo che trovano ed i dolori possono avere un'intensità ed una persistenza tale da rendere assolutamente invalidi i pazienti. In tali casi bisogna ricorrere all'intervento chirurgico. Occorre procedere all'artrodesi, all'immobilizzazione dell'articolazione sacrale, eventualmente di tutte e tre, all'eliminazione dei fattori di compressione dei tronchi nervosi (resezione delle apofisi sacro-lombari). DR.

I reperti batterici dei reumatismi articolari acuti e cronici.

(L. BERTRAND. *Mediz. Welt.*, 3 febbraio 1934).

Sin dall'inizio dell'era batteriologica le poliartriti reumatiche sono state oggetto di ricerche assidue dirette alla indentificazione dell'agente etiologico. Tali ricerche non possono finora considerarsi conclusive, sia per la disparità dei reperti ottenuti, sia per la frequente negatività di tali reperti. Quest'ultimo fatto anzi ha indotto molti studiosi a escludere le poliartriti dal campo delle malattie microbiche. V'è però chi, come gli AA. anglo-sassoni, tende a considerare lo streptococco quale agente etiologico anche se non sempre reperibile; altri invece cercano di trovare la ragione della molteplicità dei reperti nelle possibili mutazioni del virus reumatico. A questi ultimi appartiene anche l'A.

In una rivista sintetica, ove ai dati degli altri ricercatori l'A. unisce quelli ricavati da esperienze ed esperimenti personali, egli mette in evidenza una serie di fatti che meritano considerazione (e anche ulteriore conferma).

Già nel 1885 Wilson riusciva a coltivare un diplococco dal sangue dei poliartritici acuti; tale reperto veniva confermato da Mantle, Popoff, da Leyden (dalla valvola mitrale colpita); quest'ultimo riusciva a riprodurre alterazioni articolari mediante l'inoculazione di tale diplococco.

Dall'altra parte Achalme (1891) repertava negli organi di pazienti morti per poliartrite acuta un bacillo anaerobo: Lucatello e Riva coltivavano tale bacillo dal sangue dei poliartritici.

Mentre Thirolois, Triboulet ecc. riscontravano nel sangue dei poliartrici a volte il diplococco, a volte il b. di Achalme, Sawsenko riusciva a osservare in vitro la trasformazione di una forma nell'altra; quest'ultimo fenomeno veniva confermato da molti AA. (Rosenthal, Payne ecc.).

Lo streptococco quale agente etiologico è stato riscontrato da Singer. Rosenow oltre allo streptococco emolitico trovava anche un coccobacillo (coccobacillo difteroide) e un altro bacillo anaerobo simile a quello di Welch; secondo Bertrand tale bacillo non sarebbe altro che quello di Achalme.

Collis su 80 colture di valvole cardiache ha trovato 3 volte lo streptococco viridans e 21 volte il coccobacillo difteroide; in base però alla reazione cutanea positiva dei reumatici all'endotossina streptococcica concludeva che lo streptococco rappresenterebbe l'agente causale della poliartrite. L'A. invece attribuisce la positività della reazione alla presenza di angina streptococcica.

Riportando le proprie esperienze egli cita le osservazioni in cui riprodusse alterazioni articolari cardiache tipiche mediante l'inoculazione dei ceppi diplococcici o di b. di Achalme (isolati da reumatici); nelle esperienze in vitro riusciva a osservare la trasformazione stabile di un ceppo di coccobacillo difteroide di Collis in b. di Achalme.

Fra i risultati positivi di colture eseguite dall'A. si ritrovano sia i bacilli anaerobi, che diplococchi o streptococchi. Reperti analoghi si ebbero nelle colture ricavate da liquido articolare dei reumatismi cronici; (anche gli AA. americani Rosenow e Cecil giunsero a risultati simili).

Tutti questi risultati in apparenza contraditori potrebbero trovare la loro spiegazione nei dati recenti di Lautier, e Marie Lautier (*Recueil du 1. Congrès intern. de Microbiol.*, Paris 1930). Essi riuscirono a riprodurre la trasformazione successiva sia di b. di Alchame-Welch, che dello streptococco nella serie seguente: bacillo anareobo-diplococco-streptococco-bacillo; si tratterebbe dunque, secondo i suddetti AA., di un « diplostrepto-bacille di Rhumatisme ».

L'A. riassumendo i risultati delle ricerche dell'ultimo cinquantennio crede di poter affermare che si tratti di un solo agente batterico causale soggetto a mutazioni, l'essenza delle quali rimane misteriosa.

Per quel che riguarda la patogenesi del processo morboso, nel determinismo di essa, avrebbe una parte importante anche l'allergia; l'A. cita a proposito le esperienze recenti di Birkhang, il quale preparando un soggetto con iniezioni intracutanee di tossina di un germe ricavato da un poli-artritico, ad un certo momento provocava il quadro tipico della poliartrite inoculando un cc. di tossina sterile.

Queste esperienze confermano anche la specificità del germe; insieme ai dati precedenti sembra che si avvicinino alla soluzione del problema delle poliartriti; è degno di nota che i reperti batteriologici farebbero pensare alla stretta parentela delle forme acute e croniche, da qualcuno ammessa, attualmente negata da molti, che vogliono vedere nelle forme croniche una conseguenza di squilibri neurovegetativi o endocrini.

S. MINZ.

Il metodo di Willems nel trattamento delle artriti purulente.

(G. MIRONE. *Ort. e traum. appar. motore*, 1933, vol. V, fasc. VI).

L'A. dice come il metodo di Willems, quantunque non sia recente, datando dal 1906, non abbia incontrato il favore generale, e non sia stato adottato che da pochissimi chirurgi, mentre abbia sempre tenuto il campo il trattamento della rigorosa immobilizzazione dell'arto ammalato in apparecchio gessato immediatamente dopo l'intervento artrotomico o artrostomico.

L'applicazione invece di esso realizza il migliore dei drenaggi, in quanto i movimenti attivi e continui fanno schizzare fuori il prodotto di secrezione, evitando ogni ristagno, mantenendo integro lo stato di trofismo muscolare, legamentoso, ed osseo. Consente relativamente presto l'uso dell'arto, e facilita la guarigione in un periodo notevolmente breve.

L'Autore riporta quindi dettagliatamente 6 casi da lui trattati nei quali la esecuzione del metodo è stata integrale, salvo che nella tecnica operativa si è creduto procedere ad artrostomia, anzichè a semplice artrotomia bilaterale per favorire il drenaggio e isolare il focolaio infetto dalle logge muscolari, cellulari e dal tessuto sottocutaneo, e inoltre per evitare il collabire precoce delle labbra della ferita.

Si trattava di 5 casi di gono-artrite ed uno di omoartrite; in 3 di questi vi era solo artrite purulenta, mentre negli altri 3 panartrite grave.

Il trattamento post-operatorio adottato è stato il seguente:

medicazione delle ferite artrostomiche con poca garza a piatto, una falda di cotone, un giro di larga fascia di Camoric;

aver cambiato la medicazione, in un primo periodo, tre ed anche quattro volte nelle 24 ore, e successivamente più di rado;

essere riusciti sempre a vincere, senza eccessiva difficoltà, la riluttanza dei pazienti ai movimenti attivi, immediati e continui;

in qualche caso e solo all'inizio, aver aiutato il paziente ad eseguire i movimenti attivi, evitando di praticare dei veri movimenti passivi;

aver bene istruito il personale di assistenza ad una attenta sorveglianza dei pazienti, i quali debbono essere svegliati periodicamente la notte, per eseguire i movimenti, evitando in tal modo il ristagnare della secrezione purulenta che poi li rende dolorosi;

non aver cambiato sistema curativo pur avendo notato la persistenza della temperatura fino a 15 giorni;

essersi astenuti da qualsiasi mezzo di drenaggio e da lavaggi della cavità articolare;

non aver trovato particolare ostacolo, al successo del metodo, nella età dei pazienti e nella sensazione dolorosa di essi.

I risultati ottenuti sono stati costanti uguali; la guarigione è avvenuta in breve lasso di tempo (40-90 giorni) con la perfetta restitutio ad integrum della funzionalità articolare conservando integro lo stato di trofismo muscolare ed osseo.

Indubbiamente nella riuscita del metodo influiscono diversi fattori: è importante la origine e la natura dell'infezione; altro fattore importante è l'epoca in cui il paziente si presenta all'osservazione del chirurgo; tardivamente in un periodo di distruzione o a seguito di incongruo intervento, il metodo non si può che solo tentare. Nessuna influenza ha per l'A. l'età del paziente, si è riusciti infatti a dominare sempre il diverso stato mentale-psichico, che influisce certamente nel sintoma dolore, unico e serio ostacolo alla mobilizzazione attiva ed immediata. Per alleviare il dolore, grave è il danno che si arreca col praticare dei movimenti passivi, che oltre a determinare una complicanza, sublussazione, dànno dolore e fanno che il paziente tema la manovra e rinunzi al trattamento.

L'A., con questi risultati di perfetta *restitutio ad integrum* della funzionalità articolare, conclude che, in tutti i casi di artrite purulenta acuta, si debba tentare il metodo, senza alcun pregiudizio nel decorso posteriore, perchè ove riuscisse infruttuoso, si può sempre, come afferma lo stesso Willems, abbandonarlo e praticare quel trattamento curativo più radicale per la salvezza dell'arto e del paziente.

U. BRACCI.

Artriti anchilosanti ipercalcemiche e paratiroidectomia.

(WEIL M. P. *Presse Méd.*, 1934, 11).

Le artriti suscettibili di cura mediante interventi sulle paratiroidi sono secondo Oppel « le artriti croniche multiple a tendenza anchilosante » secondo Leriche « le artriti anchilosanti con ipercalcemia ».

Senonchè, se per artriti a tendenza anchilosante debbano intendersi quelle in cui si è costituita o si sta formando un'anchilosi ossea, queste debbono considerarsi assolutamente eccezionali.

Per quanto riguarda il testo dell'ipercalcemia poi le asserite ipercalcemie riscontrate in tali ammalati debbono ritenersi tali da poter rientrare nei limiti degli errori inerenti ai metodi di determinazione.

Male prestandosi quindi alla determinazione dell'indicazione operatoria e la tendenza all'anchilosi e l'ipercalcemia, l'A. ha praticato interventi sulle paratiroidi in casi di artriti croniche, gravi generalizzate resistenti ad ogni altra cura.

Ha operato in tal modo 14 individui dei

quali tre affetti da spondilosi rizomelica, 10 da poliartriti croniche progressive. In due casi coesisteva un gozzo. In tutti fu associata una emitiroidectomia.

Nelle tre spondilosi rizomeliche la paratiroide potè essere asportata. I risultati furono nulli in un caso, in un altro si ebbe un miglioramento parziale, nel terzo infine un notevole miglioramento che però non ha potuto essere seguito più a lungo di 8 mesi essendosi perduto di vista il malato.

Nei due casi in cui coesisteva gozzo si trattava di due donne, solo in un caso si potè esser sicuri di aver tolto una paratiroide e si ebbe un miglioramento transitorio. Nel secondo caso in cui la paratiroide non fu trovata, invece il miglioramento persisteva sebbene un po' diminuito ancora dopo 18 mesi.

Negli altri 9 casi in uno si ebbe la morte in 16ª giornata con broncopolmonite, anuria, dispnea e segni di tetania paratireopriva e in un altro l'intervento non fu completato per difficoltà locali.

Nei 7 casi rimasti in due si ebbe un peggioramento manifesto, in uno, le paratiroidi non furono trovate e si ebbe con la sola emitiroidectomia un miglioramento notevole che dura da 11 mesi. In una donna miglioramento che dura da 10 mesi, la paratiroide asportata era sana.

Negli ultimi tre risultati nulli.

B. PAGGI

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Recenti studi sulla fisiologia e farmacodinamica della espettorazione.

(T. GORDONOFF. *Wiener Kl. Wochenschr.*, 2 febbr. 1934).

Sin dall'antichità la scienza medica si è trovata in possesso di mezzi che influenzano l'espettorazione; ma in contrasto con tali acquisizioni empiriche appariva la povertà di cognizioni precise sul fenomeno stesso dell'espettorazione; la clinica costituiva l'unico giudice dei farmaci adoperati spesso alla cieca, senza possibilità di controllo sperimentale che chiarisse il determinismo d'azione dei singoli elementi ritenuti utili per combattere l'ingombro bronco-polmonare.

Gli studi dell'A. colmano almeno in parte la lacuna esistente nella fisiologia dell'espettorazione. L'A. accanto ad esperimenti eseguiti (sulle orme di altri AA.) sulle vie respiratorie superiori degli animali messe a nudo, si è servito dello studio radiologico delle ombre del polmone iniettato con lipiodol per via endotracheale.

L'osservazione diretta della trachea e del laringe ha dimostrato che il movimento dell'epitelio vibratile, ritenuto da molti fondamentale per l'espettorazione, è in realtà di scarsa efficacia. Le ciglia vibratili nell'uomo sano sono capaci di espellere le particelle minute penetrate nella trachea; basta però la comparsa di muco (provocabile anche dal solo rialzo febbrile) per paralizzare tale attività; cosicchè al movimento vibratile non può spettare che influenza ausiliaria.

Lo stesso dicasi per il fenomeno della tosse. La forza espulsiva di questa diminuisce grandemente coll'approfondirsi nelle vie respiratorie; cosicchè solo l'ultima fase dell'atto di espettorazione risente della sua influenza; la tosse esplicherebbe invece un'azione ausiliaria per le scosse che imprime alla gabbia toracica, le quali servono a distaccare le masse dell'essudato.

Molti AA. (Henle, Reinberg, Lorey ecc.) basandosi sull'esistenza della muscolatura bronchiale, ammettono un movimento peristaltico dei bronchi; qualcuno (Majeda) ne descrive perfino i movimenti ondulatori, serpiginosi, ecc. Tale fenomeno negato già da Trendelenburg, viene escluso dall'A. in base a films radiografici.

La stessa cinemarentgenografia ha permesso invece di rilevare l'azione espettorante della dinamica respiratoria; essa esplica una specie di « massaggio » dei bronchi determinando ivi una progressione delle masse opache diretta prossimalmente. In definitiva la respirazione starebbe a rappresentare l'unico fattore del fenomeno « secretomotore ».

Oltre al fenomeno secretomotore, v'è un altro di « secretolisi » che partecipa alla liberazione dell'albero respiratorio. Sia i bronchi che il parenchima polmonare sono capaci di riassorbire le sostanze solubili (Heubner, Rona, Laquer ecc.). Le particelle insolubili vengono trasportate per opera di elementi cellulari e la loro migrazione verso l'alto viene pure favorita dal movimento respiratorio; spesso però esse prendono la via linfatica. (Il riassorbimento delle sostanze intrapolmonari viene confermato anche dal fatto di iodismo dopo il lipiodol intrapolmonare; un caso di basedowismo insorto in tal modo è stato descritto dall'A.).

Dunque il fenomeno della espettorazione si baserebbe essenzialmente su due processi: quello motore, in cui la parte principale spetta alla meccanica respiratoria, accessoriamente coadiuvata dall'epitelio vibratile e dalla tosse, che avrebbe una parte passiva, e sul fenomeno di riassorbimento o lisi; quest'ultimo si rende evidente radiologicamente attraverso l'impallidimento più o meno rapido delle ombre di lipiodol nel polmone.

Il metodo proposto dall'A. insieme ai concetti derivati dalle osservazioni precedenti rende preziosi servizi nello studio di determinismo d'azione di alcuni espettoranti. Così p. es. il cloruro d'ammonio si rivela quale debole secretolitico; la sua azione è specialmente secremotrice; la ragione di questa, secondo l'A.,

starebbe nella produzione di una lieve acidosi (il pH da 7,60 varia a 7,49), e di diminuzione della riserva alcalina; queste a loro volta rappresenterebbero l'eccitante fisiologico del centro respiratorio: attivando la respirazione favoriscono l'espettorazione.

Alle sostanze del gruppo del timolo e del guaiacolo spetta una funzione secretolitica, dovuta anche alla stimolazione delle ghiandole bronchiali, (studi di Gordonoff, Janett, Zurukroglu e Rappaport misero in evidenza anche l'azione disinfettante del guaiacolo che dopo la somministrazione si riscontra nel polmone nella concentrazione di 1:5000).

Il guaiacolo agirebbe anche quale secremotore. Privo invece di azione sia espettorante che disinfettante si è dimostrato il tiocolo.

Lo zolfo sarebbe un secretolitico debole. L'etere invece possiede le proprietà sia motrici che litiche.

In base agli studi finora eseguiti lo ioduro di potassio sarebbe il secretolitico più potente; azione più modica eserciterebbero alcune saponine.

Le deduzioni pratiche dalle esperienze dell'A. non si lascieranno attendere. Sin d'ora va p. es. osservato che l'associazione degli oppiacei agli espettoranti costituisce un non senso, perchè inibisce la respirazione; essi sarebbero indicati solo nelle tossi nervose. Molti stimolanti respiratori e circolatori agiscono da espettoranti, come p. es. il cardiazol, la calciocoramina ecc.; questi ultimi favoriscono anche la diffusione dell'ossigeno nei capillari polmonari, migliorando in tal modo l'ematosi. Anche la caffeina sarebbe indicata per la sua azione sul centro respiratorio e vasomotore.

Sarebbe anche interessante di saggiare l'azione espettorante dei regimi acidificanti. Una dovuta considerazione merita sotto questo punto di vista anche la ginnastica respiratoria ad alcune speciali posizioni, come p. es. quella di Quincke e Simons.

Certo è che il nuovo metodo di studio della espettorazione, pur non essendo perfettamente fisiologico (introduzione del liquido nelle vie aeree, azione dello iodio contenutovi ecc.) schiude nuovi orizzonti nel campo fisio-patologico e farmacologico.

Esso non va esente dalla critica e impone la ricerca di perfezionamento (è stata proposta la sostituzione di lipiodol col bario, il quale però sarebbe troppo pesante per il polmone); ma ha il merito di costituire un nuovo mezzo d'indagine di una branca finora poco o punto accessibile.

S. Minz.

Interessante caso di corpo estraneo introdotto per via traumatica nella trachea ed ivi fissato.

(Szabò. *Zbl. f. Chir.*, n. 49, 1933).

Ordinariamente i corpi estranei vengono introdotti nella trachea per aspirazione; molto raramente per via transtracheale. In quest'ultimo caso non è facile la diagnosi perchè i disturbi respiratori possono mettersi in rapporto con la ferita laringo-tracheale e le sue conseguenze (ematoma enfisema sottocutaneo, eventuali paralisi del ricorrente). Solamente la persistenza e l'aggravamento dello stridore e della flogosi laringo-tracheale indirizza la diagnosi, come avvenne in un caso di osservazione personale.

Un uomo di 23 anni, era stato ferito al collo durante una zuffa, in stato di ubbriachezza, ed osservato il giorno seguente da S. presentava una piccola ferita da taglio nella regione anteriore del collo all'altezza del primo anello tracheale. Intorno alla ferita vi era lieve enfisema sottocutaneo. La voce era leggermente rauca; all'esame laringoscopico dimostrava solamente un arrossamento delle corde vocali.

Dopo pochi giorni i disturbi della fonazione e l'enfisema scomparvero; la piccola ferita si chiuse e il paz. fu dimesso con diagnosi di ferita da punta della trachea.

Dopo circa 1 mese il paz. si ripresentò con disturbi gravi della fonazione e respirazione; tosse ostinata con sputo emorragico; nulla di nuovo nel campo della cicatrice cutanea.

La radiografia dimostrò la presenza di un corpo estraneo metallico endotracheale, che all'intervento risultò essere la punta del coltello, che aveva prodotto la ferita, che era rimasta infissa nella parete tracheale. Guarigione.

L'A. fa notare che corpi estranei endotracheali possono essere sopportati senza notevoli disturbi quando sono fissati e che i disturbi successivi dipendono dalla endotracheite secondaria stenosante.

G. Pacetto.

Via d'accesso posteriore per l'apicolisi senza sezionare i muscoli.

(A. Pavlovsky. *Sociedad de Cirugia*, Buenos Ayres, n. 21).

L'A. si propone di compiere la resezione della III costola per via posteriore per l'apicolisi ed il piombaggio senza sezionare i muscoli della regione posteriore, metodo che ha non solo un fine estetico, ma vuole anche evitare l'esistenza di spazi morti onde evitare la raccolta di essudati che ivi forma quasi sempre nei primi giorni. Si può evitare ciò con un drenaggio, che però può essere causa di una infezione secondaria.

La tecnica è la seguente:

1) incissura di 8 cm. che incomincia a una altezza corrispondente all'apofisi trasversa dell'VIII vertebra cervicale e si dirige verticalmente in basso. Incissura situata a eguale distanza dalla linea delle apofisi trasversa e del margine dell'omoplata. Si incide cute, tessuto cellulare sottocutaneo e fascia superficiale. Si vede allora l'aponeurosi del trapezio, che si in-

cide trasversalmente e quindi si dissocia il muscolo seguendo la direzione delle sue fibre. Al di sotto si trova il m. romboide le cui fibre hanno una direzione obliqua dall'alto in basso e dal dentro in fuori. Si dissociano anche esse a livello della parte mediana dell'incisione. Il venatos minore posteriore e superiore che compare in seguito alla dissociazione del romboide, è molto fine e molto aponeurotico con fibre dall'alto in basso e dal dentro in fuori. Si dissociano anch'essi. Questi tre muscoli dissociati si divaricano ampiamente per mettere bene in evidenza la 3ª e 4ª costola onde potere resecare con comodo la 3ª costola e in seguito fare l'apicolisi e il piombaggio. Ciò fatto, soppressa la trazione dei divaricatori, si ravvicinano con piccoli punti a U con catgut OO i muscoli che tornano nella loro posizione normale con restituzione anatomica perfetta.

N. DI PAOLA.

DIVAGAZIONI

La psicologia della sordità progressiva.

La psicologia dei sordi ha costituito oggetto di numerosi studi. Sull'argomento esiste una larga letteratura. Il tema più trattato è stato quello sulla sordità di Beethoven, che costituisce il caso più importante e più tragico data la grande notorietà dell'uomo e dato che la malattia dell'udito colpì proprio un musicista nel periodo più intenso della sua produzione artistica e che continuò a produrre anche nella fase della completa cofosi.

Le cecità e le sordità prodotte dalle guerre hanno moltiplicato gli studî sugli stati sentimentali, sulla vita di relazione degli individui colpiti dalla perdita di queste importanti funzioni sensoriali. È oramai noto anche ai profani come i ciechi ed i sordi reagiscono diversamente alla loro sventura: i primi si acconciano più facilmente alla loro minorazione, al nuovo stato che esso comporta, conservano la loro socievolezza, possono essere perfino allegri, mentre i secondi sono generalmente depressi, si rattristiscono, diventano ombrosi, ostili, evitano la compagnia.

Ma questi studî si riferiscono generalmente ad individui che hanno perduto improvvisamente o quasi l'udito.

Le osservazioni finora pubblicate sulle modificazioni del carattere gradualmente prodotte dalla sordità lentamente progressiva non sono esaurienti, in rapporto al fatto che lo studio metodico dei pazienti per un lungo periodo della loro vita non è facile.

Sull'argomento ha pubblicato un interessante articolo un medico americano, il dottor Gordon Berry, il quale per assolvere un tale compito ha una doppia competenza: egli è otologo ed è sordo. L'autosservazione e la larga esperienza clinica gli hanno consentito di rilevare le alterazioni della mentalità e della condotta che la diminuzione progressiva della funzione uditiva determina nelle varie età della vita.

Nei fanciulli la riduzione iniziale della facoltà uditiva passa generalmente inosservata, o il disturbo viene falsamente apprezzato ed attribuito ad altre cause. Il padre pensa che il ragazzo è distratto, la madre ritiene che abbia qualche preoccupazione, il maestro sospetta una deficienza intellettuale, i compagni credono che egli non si curi di nulla, che sia di carattere chiuso e di umore bizzarro. Il ragazzo stesso non può valutare il suo disturbo per mancanza di conforti, non si accorgerà in principio della sua infermità, e si lamenterà che gli altri parlino a voce troppo bassa.

Quando il progresso della deficienza lo costringerà ad ammettere che qualche cosa va male nel suo udito tenterà la dissimulazione. La volontà di non farsi ritenere da meno degli altri lo indurrà a sotterfugi, ad inganni che lo faranno invece valutare come un deficiente o un anomalo mentale. Quando afferra male il significato di una domanda rivoltagli dal maestro invece di rispondere che non ha udito, risponderà di non sapere. Preferisce di passare per poco intelligente o per poco studioso anzi che per sordo.

La conclusione pratica di questo contegno è che la malattia viene riconosciuta troppo tardi per essere curata, le modificazioni del carattere si sono troppo radicate perchè possano essere corrette. Il ragazzo si mostra sempre contrariato, scoraggiato, incerto, perplesso, spaventato, aggressivo.

Diventato adolescente, anche quando il suo difetto sarà conosciuto da tutti, egli continuerà ad adottare la stessa politica di finzione. Cercherà di dimostrare che sente benissimo mettendosi a sedere lontano invece che vicino a chi parla; invece di domandare chiarimenti, cercherà d'indovinare ciò che gli si dice da quel poco che ode. Spesso sbaglierà e sarà ritenuto un deficiente o farà ridere. A questo punto apprezzerà la gravità della sua malattia, anzi ne esagererà entro di sè la portata. Si accorgerà di non essere capace ed attivo come i suoi simili. Si sente inferiore e cercherà di nasconderlo; lo sforzo della finzione gli farà apparire più grave il difetto. Procurerà di mostrare in altri campi la sua superiorità, cercherà di richiamare l'attenzione degli altri su sè stesso con qualsiasi espediente: diventerà sfrontato, ladro, aggressivo, cattivo. La superiorità degli altri lo umilia, lo rattrista, egli cercherà di rifarsi con piccole cattiverie, con dispetti e simili.

Quando l'indebolimento progressivo dell'udito è lento fino ai venti anni, ed a questa età si rende manifesto come difetto veramente invalidante l'individuo ha avuto già il tempo di imparare o di prepararsi convenientemente

per un mestiere o per una professione e l'educazione è già compiuta. Tuttavia in questi casi la resistenza ad ammettere il fatto e la ribellione sono ancora più accentuati. Beethoven, che aveva particolari ragioni per nascondere il difetto che lo colpiva nella sua vita di artista, espone questa tragica situazione con accenti impressionanti in lettere confidenziali ad amici. Sono lettere disperate che commuovono profondamente.

I pazienti cercano di nascondere l'infermità come un terribile segreto che non deve a nessun costo essere svelato. E anche dopo molto tempo che il difetto è noto a tutti, essi s'illudono di aver saputo nasconderlo o che esso non è tale da compromettere la loro vita di relazione. Finiscono per convincersene essi stessi e ad attribuire a colpa altrui i fatti derivanti dal loro difetto. La dattilografa si lamenta perchè il principale mormora invece di parlare quando detta; la telefonista protesterà perchè i numeri non sono pronunziati chiaramente; la studentessa riterrà che gli insegnanti abbassano di proposito la voce quando parlano con lei. E, fatto interessante, questi deficienti dell'udito si inalberano quando si parla loro a voce alta: ritengono ed affermano che si grida per mettere in piazza il loro difetto ed esagerarne la portata.

L'uomo e la donna di venticinque anni di fronte all'invadente sordità reagiscono su per giù nel medesimo modo; ma con l'andar degli anni la donna lotterà con maggior tenacia, resisterà di più.

Gli amici si diraderanno perchè il conversare con i duri d'orecchio è fastidioso ed anche perchè i sordi diventano sospettosi, ombrosi, irritabili, si ritengono perseguitati.

Negli individui che adolescenti hanno ridotto l'udito del 30 % e giovani del 40 %, il difetto diventa con la maturità più grave ed ancor meno sopportabile specie per la donna.

L'uomo ha già imparato a conoscere il suo mondo di affari, è già abbastanza esperto nel suo mestiere o nella sua professione per incontrare difficoltà. D'altra parte i suoi meriti sono già riconosciuti, ed egli non ha bisogno di espandersi, di cercare nuovi contatti. Infine l'uomo sopporta con maggiore rassegnazione qualsiasi difetto fisico, meno curante dell'estetica delle sue forme e del suo contegno.

Le donne invece per conservare il loro prestigio, per distrarsi hanno bisogno di contatti sociali frequenti, superficiali. Per loro il parlare e l'ascoltare è molto, talvolta è tutto: la facoltà di concentrarsi, di isolarsi nel proprio io non è comune nelle donne.

La donna sorda in conversazione finirà per parlare sempre essa al fine di non essere costretta ad ascoltare, o si trincerà in un completo mutismo per non intavolare discussioni.

A poco a poco il suo piccolo mondo si diraderà, si restringerà anche perchè la donna diventa sospettosa, permalosa, irritabile. L'isolamento la renderà infelice, triste, egoista, cattiva.

L'uomo sopporta meno la sordità quando questa gli impedisce di svolgere la sua carriera, quando costituisce un vero ostacolo per la sua professione, per la sua arte.

Il difetto diventa assolutamente tormentoso quando è complicato da rumori continui nell'orecchio. Questi diventano così fastidiosi da indurre a lungo andare uno stato di neurastenia ed anche di pazzia.

Lutero era tormentato da continui ronzii e fischi che certo non provenivano dal cielo. Egli stesso diceva che Satana in persona si divertiva a rendergli la vita un inferno. Si svegliava di notte nel più bello del sonno e gridava contro il suo tormentatore. Era addirittura allucinato ed una volta tirò contro il diavolo un calamaio che andò a finire contro una parete, come dimostra la macchia tuttora esistente nella camera del grande riformatore a Wattburg. Questi rumori erano spesso accompagnati da attacchi di vertigine che lo facevano cadere. C'è chi pensa che l'atteggiamento battagliero di Lutero e la sua ostilità verso la chiesa da cui proveniva fossero causati dalla sordità e dai ronzii: la riforma forse non sarebbe stata fatta se Lutero non fosse stato affetto da morbo di Ménière.

Quando la deficienza di udito sopravviene intorno ai sessant'anni è meglio tollerata; essa viene accettata come uno dei tanti acciacchi della vecchiaia e non considerata gran che penosa anche perchè a quell'età la vita di relazione è naturalmente già ridotta, il periodo espansivo ha già svolto il suo ciclo e s'inizia la fase concentrativa.

Per i sordi vecchi è una distrazione sufficiente leggere e scrivere, eseguire lavori manovali, attendere al giardinaggio e simili.

Gli scienziati, gli artisti possono ancora produrre, anzi la concentrazione, l'isolamento rende più proficuo il loro lavoro, più perfetta e più forbita la loro opera.

Edison compì le sue più ingegnose e più utili invenzioni nello stato di completa sordità.

Nel cervello di Beethoven le migliori melodie, le armonie più dense di sentimenti cantarono quando la sordità avanzava a passi accelerati; compose la più complessa, la più grandiosa sinfonia, la nona, quando non era più in grado di udir nulla.

La tragicità di queste situazioni è costituita dal fatto che Edison non potette mai godere di una delle sue migliori invenzioni, il fonografo, e Beethoven non potette più ascoltare le sue musiche divine. Tuttavia essi trovarono gran conforto nell'operosità, nella consapevolezza del gran bene fatto all'umanità. Edison era sempre di umore sereno, Beethoven era consolato dalla stessa aspirazione alla gioia, che cantò solennemente alla fine di ogni sinfonia.

Dragotti.

STORIA DELLA MEDICINA

I. B. Beccari e la scoperta del glutine.

Fra i cimeli inviati nello scorso anno alla esposizione di Chicago a cura della gloriosa Università di Bologna, richiamavano l'attenzione degli studiosi quelli di Iacopo Bartolomeo Beccari specialmente riguardanti la scoperta da lui fatta con la determinazione della natura proteica del glutine di frumento (1742).

Il Beccari fu un grande nostro scienziato del secolo XVIII e la scoperta del glutine, caduta per tanto tempo in seconda linea, assume oggi una importanza col pieno fiorire degli studi di chimica biologica dell'alimentazione.

Egli intuì l'analogia fra la composizione chimica del glutine e quella della carne, cosa che ci sembra agevole oggi, che il glutine viene chiamato da taluni « carne vegetale », ma che era allora molto ardita.

Molta strada si fece poi dalla scoperta del Beccari alla nozione precisa della natura proteica del glutine, prototipo delle proteine vegetali; dalla isovalenza delle proteine vegetali o animali, concetto che scaturisce dalle famose lettere di Giusto Liebig, alla conoscenza dei singoli ammino-acidi costituenti le diverse proteine e ai poderosi lavori di Fischer e di Abderhalden.

Nè il cammino si arresta; per un ventennio S. Baglioni, dal 1908 al 1928, attende alle ricerche sul glutine e sui suoi costituenti, glutenina e gliadina, alle ricerche comparative sul valore alimentare di queste proteine in confronto della zeina del mais, inadatta alla sostituzione delle proteine cellulari come certamente, accanto ad un fattore di avitaminosi deve avvenire per la pellagra.

H. Labbé accerta la capacità antichetogena, utilissima per le applicazioni pratiche nei diabetici, delle proteine del glutine e specialmente della gliadina; Galamini ed altri ne osservano il comportamento negli animali in via di sviluppo in ordine al contenuto degli amminoacidi della crescenza, Capecchi ne determina la perfetta digeribilità nei bambini anche di pochi giorni.

Ma altre applicazioni scientifiche e pratiche, ad esempio, negli stati anemici si profilano per il complesso proteico del glutine; Galamini e Corradetti ne studiano la capacità di ricostruzione della massa sanguigna e specialmente emoglobinica dopo che i ricercatori inglesi hanno cercato di identificare l'acido betaossiglutamminico in uno dei principi antianemici del fegato e Roncato riesce ad ottenere formazioni pirroliche dalla gliadina sottoposta alla azione tripsinica, confermando l'intuizione del contenuto in nuclei pirrolici (substrato della molecola emoglobinica) nelle proteine del glutine.

La scoperta di Beccari è stata dunque feconda; tutta la chimica biologica delle proteine e dei costituenti elementari di esse, gli amminoacidi, si può dire scaturita dalle osservazioni Beccariane che dettero materia al Liebig per le sue fisolofiche lettere. L'Italia oggi accanto al primato scientifico derivatole in questo campo dal Beccari, unisce anche un primato pratico, chè il glutine italiano ha numerose e note applicazioni alimentari, ed i grani duri italiani, risultato delle ricerche di genetica del Sen. Strampelli, ad alto contenuto di glutine, ci ricordano che la battaglia del Grano è ormai stata risolta non solo quantitativamente ma anche qualitativamente anche nei riguardi delle esigenze fisiologiche derivanti dalle più fini e moderne ricerche nel campo della chimica biologica.

M. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI

O. UFFREDUZZI. *Trattato di patologia chirurgica generale e speciale.* Vol. II. U. T. E. T., 1934. Volume di pag. 1199, con 448 fig. e 25 tavole. Prezzo L. 145.

A breve distanza dal volume precedente compare oggi il secondo a completare l'opera dell'Uffreduzzi. Già dicemmo dei pregi del primo volume; oggi siamo lieti di confermare il nostro giudizio in quanto il lettore fin dalle prime pagine ammirerà lo stile piano ed efficace del didatta valoroso, la copia delle conoscenze e dei risultati delle indagini più recenti, le indicazioni terapeutiche precise e complete. Non era facile in poco più di mille pagine condensare una materia così vasta, poichè questo secondo volume completa la patologia degli organi della circolazione già iniziata nel primo, e precisamente tratta dei capillari, delle vene e dei linfatici, svolge la patologia del sistema nervoso, centrale e periferico e del simpatico, quella della cute ed annessi, dell'apparato respiratorio, della tiroide, timo e paratiroidi, dell'apparato digerente e pareti addominali, compresi il fegato, le vie biliari, il pancreas e la milza, dell'apparato urinario e di quello genitale maschile e femminile. Tutta questa così vasta materia è trattata in modo succinto ma completo e corredata di figure, molte delle quali originali tratte da casi osservati dall'A. e con alcune bellissime fotografie a colori.

L'opera dell'Uffreduzzi ha anche i pregi di quelle scritte da un unico Autore: non disparità di svolgimento dei vari capitoli, non opinioni e interpretazioni differenti sì che ne guadagna l'omogeneità della trattazione e ne fa un'opera da additare non solo agli studiosi italiani ma anche a quelli dell'Estero.

I capitoli trattati sono, come ho già detto, tutti svolti in modo sintetico ma del tutto completo; quelli delle vie biliari sono fra i più interessanti per la copia di osservazioni personali.

Gli studenti e i chirurgi già provetti troveranno nei due volumi dell'Uffreduzzi largo campo di istruzione e di cognizioni corrette e del tutto aggiornate.

R. ALESSANDRI.

E. SAMEK. *L'occlusione nelle vene cave.* Vol. in-16°, di pagg. 140. L. Cappelli, Bologna, 1933. L. 25.

L'A. ha riunito in questa monografia undici osservazioni personali di occlusione delle vene cave, tutte raccolte e studiate nella Clinica Medica di Siena. Oltre alla sintomatologia, l'A. ha cercato di chiarire la patogenesi dei sintomi e di indagare i loro rapporti con le modalità anatomiche, senza trascurare di esporre però la fisiopatologia del disturbo circolatorio creato dall'occlusione e dei suoi meccanismi di compenso. Sono così illustrate ed analizzate alcune complesse situazioni morbose e certe manifestazioni sintomatiche, dimostranti quanto inattese e indirette possono essere le conseguenze delle occlusioni di un tronco o di un grosso ramo delle cave, sì da doversi sensibilmente allargare la sintomatologia classica di queste affezioni.

Le sindromi da occlusione delle vene cave non erano state fino ad ora studiate in modo così sistematico e quindi va fatto plauso all'A. per aver aggiornato questo argomento col beneficio dei mezzi modernamente acquisiti alla diagnostica medica.

Il volume è corredato inoltre di magnifiche illustrazioni e di una ricchissima bibliografia.

A. P.

LERICHE e STRICKER. *L'artériectomie dans les artérites oblitérantes.* Masson, Parigi, 1933. Vol. di pag. 198 con 78 fig. Fr. 40.

Gli AA. hanno raccolto in questo volume dettagliatamente le loro osservazioni cliniche di arteriectomia. Come il Leriche ha ripetutamente pubblicato in vari giornali, l'arteriectomia di arterie obliterate ha dato un risultato immediato ottimo sul circolo periferico. Questo dato di fatto apre una serie di quesiti di fisiopatologia del circolo e di innervazione simpatica degli arti, ed è stato elaborato sperimentalmente dal Leriche e dai suoi allievi.

Oltre all'interesse scientifico l'arteriectomia rappresenta un aiuto importante in numerosi casi di alterato circolo delle estremità, e il volume, che raccoglie scritti sparsi in vari periodici, permette al lettore di aggiornare con facilità le sue conoscenze.

La trattazione è fatta con molta chiarezza e corredata di numerose figure. VALDONI.

E. LAUDA. *Die normale und pathologische Physiologie der Milz.* Urban e Schwarzenberg. Berlin e Wien, 1933. 1 vol. di pagg. 280, con 2 fig. MK. 18.

La monografia del Lauda è tanto più pregevole in quanto oltre a dare una vasta e completa visione dell'argomento, essa reca in tutti i suoi capitoli la traccia della personale esperienza dell'A., vecchio e ben noto studioso delle funzioni della milza.

La trattazione inizia dallo studio della milza come deposito di sangue, come organo ematopoietico ed emolitico, e si estende poi alle sue funzioni protettive verso le infezioni e i neoplasmi e ai rapporti tra milza e apparato digerente, e tra milza e ricambio (in particolare quello del ferro). Il capitolo ultimo, che è anche quello che riveste un maggior interesse sia per la modernità dell'argomento, che per i notevoli contributi portati dall'A., riguarda la milza come organo a secrezione interna.

I vari capitoli sono trattati con uniforme completezza; la bibliografia è assai ampia e accurata. PUDDU.

Atti del I Congresso scientifico nazionale dell'Associazione volontari italiani del sangue. Un vol. in-8°, di 143 pag., con tav. colorate. Pubblicato a spese dell'Uff. Stampa medica ital., diretto dal Prof. P. Piccinini, Milano. Prezzo L. 20.

Nello scorso ottobre, è stato tenuto, a Milano, un Congresso, che ha trattato le principali questioni scientifiche e pratiche della trasfusione, la quale va sempre più perfezionandosi e per cui sono ora pronti molti giovani controllati dal punto di vista sanitario e morale, che donano il proprio sangue non appena chiamati, nulla chiedendo e mantenendo l'anonimo.

Sono ora pubblicati gli Atti di tale congresso, che contengono la relazione del Prof. Lattes su: « Scienza e tecnica nella trasfusione del sangue » e 21 comunicazioni di indole scientifica e pratica, tutte attinenti alla trasfusione del sangue, oltre a notizie sulla metodica di laboratorio, sulla tecnica e sulle indicazioni. Il volume si vende a totale beneficio dell'istituendo « Centro culturale per i Volontari del Sangue ». *fil.*

Wiener Archiv. f. innere Medizin. Vol. 24, fasc. 5, di 159 pag. con una fig. Urban e Schwarzenberg, Wien, 1934. Prezzo RM. 12.

Questo fascicolo, che completa il XXIV volume del noto Archivio, contiene otto studi, fra cui citiamo: L'importanza dell'anello di coagulazione per la diagnosi delle malattie epatiche (Weltmann e Sieder); La differenza di pressione sanguigna fra gli arti superiori ed inferiori; La diagnosi clinica della compressione dell'orecchietta sinistra (Kahler); La differenza di pressione sanguigna fra l'arto superiore ed inferiore (Edelmann e Kahan); L'edema polmonare cardiaco acuto ed il suo meccanismo riflesso (S. Wassermann); La sorte dei carboidrati assorbiti nell'organismo (Heinrich, Löw e Krema); L'azione dell'insulina sui corpi chetonici, ecc. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La tubercolosi renale.

Il fondamento della patogenesi della tubercolosi renale — ricorda V. Blum (*Wien. Med. Woch.*, 9 marzo 1934) — è il concetto della insorgenza per via ematogena, in seguito ad una bacillemia tubercolare costante o accessionale (Löwenstein); la localizzazione urogenitale è legata o ad un particolare tropismo del ceppo bacillare o ad una affinità del sistema urogenitale stesso; quest'ultimo dato può spiegarci l'insorgenza familiare e la localizzazione isolata di tale forma di tubercolosi.

Il concetto di bacillemia non può essere disgiunto da quello di bacilluria, funzionando il rene da eliminatore di bacilli; così, la loro presenza nelle urine non rappresenta necessariamente un elemento diagnostico per ammettere una lesione renale.

Anche il dato di fatto della unilateralità della lesione, argomento almeno in apparenza contrastante con la teoria dell'origine ematogena, si spiega ammettendo una minor resistenza di quel dato rene, che lo rende meno capace di difendersi dai bacilli circolanti.

È anche interessante notare come nel campo del sistema urogenitale, così come in quello dell'apparato respiratorio, dell'occhio ecc., la tubercolosi tende a restare limitata a un dato gruppo di organi, dimostrando un tropismo differenziale che si inquadra bene nel concetto della « infezione tubercolare simpatica », sostenuto dal Löwenstein.

Avviene infine per la tubercolosi quel che si verifica per altre malattie del sistema urogenitale; cioè la sistematicità della lesione, per cui — quando un organo è preso — tutti gli altri del sistema lo vengono ad essere, prima o poi.

Di qui la nota concatenazione tubercolosi dei reni, del bacinetto, dell'uretere, della vescica, dell'uretra, dell'epididimo, della prostata e poi, per via ascendente, anche dell'altro rene.

La tendenza dei reni ad ammalare di tubercolosi è forse dipendente dalle particolari condizioni circolatorie del glomerulo, ove il sangue — con i suoi bacilli — è obbligato ad un pericoloso rallentamento: questa stessa difficoltà circolatoria spiega la localizzazione della infezione nei vasi della coroide, delle membrane sinoviali articolari e delle meningi, e spiega, forse, anche la frequenza con cui nel corso di tbc. urogenitali si osservano meningiti della stessa natura.

Le forme più comuni di tbc. chirurgica del rene sono: la miliare diffusa, l'ulcero-caseosa, la calcifica e la fibrosa.

La diagnosi si basa nelle ricerche chimiche e batterioscopiche dell'urina (attenzione ai bacilli dello smegma!), sulle reazioni sierologiche, sulla prova di inoculazione nella cavia, sulla emocultura alla Löwenstein e sulle indagini dirette: la cistoscopia e la pielografia endovenosa.

Il destino di questi malati, se non operati o se operati tardi, segna un'altissima mortalità: l'unica speranza e il primo dovere del medico, consiste appunto nella diagnosi e nella nefrectomia precoce. V. SERRA.

Nefrosi lipoidea e suoi rapporti con la nefrite glomerulare.

E. Bennick (*J. Am. Med. Ass.*, 20 gennaio 1934) riferisce sugli studi praticati nella Clinica Mayo tra il 1920 e il 1932, su 160 malati con sindromi nefrotiche; e cioè edemi, albuminuria, ipoproteinemia ed iperlipoidemia.

Tra questi malati, il Bennick descrive con particolare dettaglio un primo gruppo (30 malati) in cui fu fatta diagnosi di nefrosi lipoidea, e un secondo (19 malati) in cui alla nefrosi si associava qualche sintoma di nefrite glomerulare.

Tra i primi trenta malati, l'edema era costante, generalizzato e intenso: risaliva per lo meno a due mesi prima e spesso era cominciato lentamente; costanti erano l'albuminuria, molto abbondante, l'aumento della colesterina del sangue, la diminuzione delle proteine del siero: il metabolismo basale, nella maggioranza dei casi, era abbassato.

Mancavano, in tutti i casi, l'aumento della pressione, l'iperazotemia, le alterazioni retiniche, l'ematuria; la prova della fenolsulfoftaleina era normale; in nessun caso fu notata un'anemia degna di nota.

Dei 30 malati, 22 erano maschi; l'inizio dell'edema solo in alcuni casi risaliva ad una causa nota (influenza, sifilide o cure antiluetiche, tonsillite, difterite, vajolo ed eccesso di alcool).

Sette malati sono, almeno, apparentemente guariti; nove non furono più sottoposti ad esami di laboratorio, ma dichiaravano di sentirsi bene; notevolmente migliorati, quattro; sette invece morirono, cinque con segni di nefrite glomerulare e di uremia, due per cause non determinate.

La prognosi, nei bambini, non è così buona, forse per le difficoltà della cura e per la maggiore tendenza alle malattie intercorrenti.

L'alta percentuale di guarigioni, dopo un decorso anche di mesi, sembra a prima vista confermare l'ipotesi che la nefrosi lipoidea sia un'entità morbosa affatto separata dalla glomerulonefrite; ma l'osservazione che sette o almeno cinque malati morirono con i segni di una uremia contraddice a questa ipotesi.

A questo punto l'A. insiste sul fatto che in

principio gli unici sintomi erano quelli della nefrosi lipoidea e che solo più tardi e lentamente si vennero a rivelare i primi segni certi della glomerulonefrite.

D'altra parte, nel secondo gruppo di 19 malati, i segni nefrotici erano inconfondibilmente legati a quelli nefritici: su 19, ben 12 morirono e di questi cinque con segni di infezioni intercorrenti, certamente facilitate dalla persistenza degli edemi, dalla iperazotemia e dallo stato anemico.

In tutti i casi in cui fu praticata l'autopsia, si ritrovarono i segni istologici di una lesione glomerulare: ma leggera, di solito, così da spiegare perchè alcuni pazienti poterono guarire. In complesso, l'A. si sente giustificato ad ammettere che la nefrosi faccia parte della malattia di Bright: e che costituisca precisamente un tipo a sè, a decorso particolarmente benigno, di nefrite glomerulare. V. SERRA.

Della nefrite anafilattica.

Tra le manifestazioni viscerali della anafilassi meritano una menzione speciale quelle a carico dei reni, che possono presentarsi sia come facenti parte del quadro di insieme della grande anafilassi, sia come accidenti renali che dominano la scena.

U. Tropea (*La Clinica Ostetrica*, marzo 1934) riferisce il caso di una giovane donna che avendo avuto febbre alta dopo un parto fisiologico era stata trattata con iniezioni di siero antistreptococcico, dopo le quali, erano insorti fenomeni allarmanti consistenti in polso piccolo e frequente e vomito.

All'ingresso in ospedale la p. presentava spiccata contrattura a carico dei muscoli del viso e dell'addome oltre a reliquati di una infezione post-partum a carico dei genitali. Dopo qualche giorno si manifestò una particolare succulenza al viso della p., diuresi scarsa e il seguente reperto renale: albumina presente abbondante, cilindri ialini e ialino-granulosi, molti leucociti; azotemia prima 1.80, poi 2.50 ‰. La p. fu trasferita dalla Maternità in un Reparto Medico, ove la affezione renale continuò a peggiorare.

L'anamnesi e la sintomatologia non lasciano dubbio che si tratti di una nefrite anafilattica. L'A. è di opinione che la rarità di questa malattia renale possa spiegarsi ammettendo che essa si manifesti in individui con particolari individuali condizioni di labilità renale.

Riguardo al prognostico egli dissente dalle conclusioni degli altri AA., che lo ritengono sempre benigno, perchè invece esso è talvolta assai grave.

Ritiene infine doveroso rammentare che i dati oggi confermati nel campo clinico erano già stati, anni addietro, dimostrati nel campo sperimentale da un italiano: V. C. Piazza, che fin dal 1918 richiamò l'attenzione di una nefrite anafilattica da lui riscontrata in animali sensibilizzati con ovoalbumina. VICENTINI.

Tipi di nefrite e loro cura.

H. A. Christian (*J. Am. Med. Ass.*, 20 gennaio 1934) espone in un interessante articolo le sue idee circa la classificazione e la terapia delle varie forme di nefropatia.

La classificazione che egli propone contempla un gruppo di nefriti acute (con o senza edema) e un gruppo di nefriti croniche: queste ultime possono essere a loro volta suddivise in due categorie; quelle in cui la lesione cronica è renale, glomerulare, e quelle in cui la lesione è vasale, circolatoria; il che corrisponde rispettivamente al rene grinzo secondario e primitivo di Volhard e Fahr.

Il Christian non ammette dunque una forma isolata di nefrosi e parla piuttosto di nefrite con edema.

I suoi concetti circa la prevenibilità di una cronicizzazione del danno renale sono assolutamente pessimisti; « la medicina preventiva di cui oggi si parla tanto — egli dice — non può far nulla per quanto riguarda le malattie croniche d'ogni sorta ». Tuttavia è necessario insistere nella ricerca ed eliminazione dei foci infettivi.

Per la cura, nella nefrite acuta è raccomandata, ma solo nei primi 6-7 giorni una dieta esclusivamente di zucchero, succo di frutta e poca acqua: poi conviene tornare, gradatamente, ad un vitto completo, pressochè simile a quello normale.

Gli edemi non vanno trattati con i diuretici, salvo casi eccezionali; anche le cure diaforetiche sono debilitanti e poco efficaci. Invece si terrà il malato a rigoroso riposo e gli si permetterà di riprendere la sua attività solo quando l'esame del sedimento avrà dimostrato l'assenza o l'estrema scarsezza delle emazie.

Nelle nefriti croniche, l'edema può essere renale, e in tal caso si gioverà dell'uso dei diuretici (tipo salyrgan) [sinora assolutamente sconsigliati in caso di lesione renale. *N. d. r.*], l'urea a larghe dosi (90 gr. al dì), la riduzione dei liquidi e del cloruro di sodio; gli aghi di Southey non danno di solito risultati molto soddisfacenti.

La limitazione delle proteine sarà dettata dal grado dell'azotemia e si regolerà in conseguenza: tuttavia è necessario evitare ogni stato di iponutrizione che possa aumentare il tasso dell'azotemia per disintegrazione delle proteine tissulari stesse.

Utile, di fronte ad un'uremia, il salasso, magari seguito da una trasfusione; invece le purghe e le cure diaforetiche saranno poco usate perchè troppo debilitanti.

Necessario il riposo e la limitazione in genere di ogni attività faticosa; le forme gravi di anemia saranno curate con il ferro, ecc., ma di solito non rispondono ai medicamenti, perchè espressioni della intossicazione uremica.

Di fronte ai fenomeni di deficienza circolatoria, si userà la digitale: l'elevazione della pres-

sione arteriosa è utile, e nulla è più dannoso che l'abbassarla; ma questo fortunatamente (!) non riesce quasi mai.

V. SERRA.

Pionefrosi da tifo.

Secondo I. Kahle e T. Beacham (*The Journ. of Urol.*, sett. 1933) il bacillo del tifo può determinare comunemente nel rene lesioni di vario ordine; 1) noduli flogistici subito sotto la capsula; 2) lesioni degenerative; 3) ascessolini; 4) e infarti. La pionefrosi d'origine tifoidea è una lesione rarissima; infatti nella letteratura ne sono riferiti solamente 3 casi rispettivamente dovuti a Greaves, Armstrong e J. Wright. Come fattore etiologico di questa affezione ha importanza capitale la stasi urinaria.

La diagnosi non offre nulla di particolarmente diverso dalle comuni pionefrosi: se si tiene presente che essa può sopravvenire subito dopo il tifo o a distanza grande di tempo. La cura consiste nella nefrectomia, primitiva o secondaria. Gli AA. ne riferiscono un caso, in cui la lesione si sviluppò subito dopo la fine di un tifo. LOZZI.

Alterazioni renali e terapia salicilica nella poliartrite reumatica.

Il medico pratico è restìo a somministrare i salicilati in quantità sufficiente nell'infezione reumatica solo che riscontri dell'albumina nelle urine, che faccia supporre un processo di nefrite, temendo di aggravare con l'acido salicilico le condizioni renali.

A. M. Michelazzi (*Rass. di terapia e pat. clinica*, gennaio 1934) ha studiato il problema sperimentalmente ed ha osservato anzitutto che, con dosi comparabili a quelle usate in clinica, non si producono, anche con l'introduzione endovenosa, delle lesioni renali gravi; queste ultime, ad ogni modo, sono a carattere degenerativo tubulare, mentre vengono invece risparmiati i glomeruli.

Le osservazioni cliniche sull'uomo dimostrano che, nella poliartrite reumatica, da una semplice albuminuria febbrile accompagnata talvolta da lieve cilindruria, quale si può osservare anche in altre malattie infettive, si può arrivare ad una vera nefrite con albuminuria notevole, cilindruria, ematuria, scarsa eliminazione di urea, iperazotemia, ipertensione arteriosa transitoria. La semplice albuminuria con lieve cilindruria si è avuta nel 40 % dei casi, la seconda evenienza in soli due casi su 25.

In presenza di albuminuria con lieve cilindruria, si può dare il salicilato a dosi generose (nei casi dell'A., 10 grammi al giorno con dose doppia di bicarbonato di sodio) senza timore, chè anzi il fenomeno tende a sparire. Nei casi con vere alterazioni renali, si andrà più cauti; il che non toglie che, anche in tal caso, i salicilati possano somministrarsi, tanto più che le alterazioni renali prodotte da questi colpiscono il glomerulo, invece dei tubuli, come fa l'acido salicilico. In casi di nefrite reumatica anche imponente, l'A., incominciando con 2 grammi al giorno, è salito fino a 5-6, portando i malati alla completa guarigione clinica.

La somministrazione del salicilato nell'infezione reumatica è troppo importante perchè possa venire trascurata anche di fronte a processi renali, che imporranno ad ogni modo una certa cautela. *fil.*

Contributo alla anatomia patologica ed alla terapia chirurgica della nefralgia ematurica essenziale.

A. Billi (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. XII, fasc. 12, dic. 1933), dopo avere accennato alla difficoltà di diagnosi di questa forma ed alla incertezza dell'etiologia e del quadro anatomo-patologico, passa a descrivere due casi di nefralgia con reperto istologico di pachicapsulite adesiva nella cui anamnesi esisteva, in uno, angine ripetute ed in un altro un'appendicite; questo fa pensare che nell'etiologia della nefralgia ematurica vi sia un fenomeno tossico od infiammatorio.

Circa la condotta chirurgica da seguire in questa particolare forma morbosa l'A. ritiene che la cosa migliore sia quella di praticare una decapsulazione del rene; in seguito se i fenomeni morbosi ritornassero, ricorrere alla sezione delle radici posteriori, cordotomia e simpaticolisi del peduncolo renale e se nemmeno questi interventi portassero un benefizio ricorrere alla nefrectomia dopo essersi, naturalmente, assicurati della buona funzionalità dell'altro rene. PLASTINA.

Tentativi di cura chirurgica di stati uremici.

In un malato sofferente da 3 anni di cefalee e da pochi mesi di una serie di attacchi uremici, Rieder (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 177, pag. 618, 1933) è intervenuto con una enervazione di un rene secondo una tecnica personale che assicura nel modo più completo la interruzione di tutte le vie nervose.

Il risultato è stato brillante. I sintomi sono scomparsi completamente, la pressione da 240 è scesa a 140, l'azotemia è divenuta normale.

Ripetutamente, facendo dei cateterismi ureterali, è stato possibile sul malato di studiare la funzione dei due reni comparativamente e di assoggettarli alle prove funzionali. Si nota così che il rene enervato non ha una funzione migliore di quello del lato non operato, però elimina una quantità di orina 3-5 volte maggiore. Ne risulta così nel complesso una funzione buona se anche manca la capacità di concentrazione.

Il meccanismo patogenetico del miglioramento consisterebbe nella abolizione degli spasmi e in una vasodilatazione permanente

che assicura un circolo renale più facile e più rapido. Per tale ragione l'indicazione all'intervento deve essere molto stretta e limitata prevalentemente ai casi in cui predomina lo spasmo. E infatti in altri due casi operati da poco tempo, l'A. non ha osservato dei miglioramenti. VALDONI.

La cura dell'enuresi.

Feer (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, apr. 1933) consiglia una cura combinata, che chiama rieducazione della vescica. Distingue i pazienti in quelli che non si preoccupano del disturbo ed in neuropatici. Per i primi, le applicazioni elettriche in dosi forti fino a provocare vivo dolore, possono dare qualche successo; anche in essi va però praticata la cura consigliata per i neuropatici, che è la seguente. Brevi sedute di ginnastica, due volte al giorno; ginnastica degli adduttori e dei muscoli addominali, con i quali vengono involontariamente messi in azione gli sfinteri della vescica e del retto; sorveglianza accurata dell'alimentazione che deve essere prevalentemente vegetariana; somministrazione di atropina e sorveglianza psichica da parte del medico, possibilmente fuori dell'ambiente familiare. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

La reazione anafilattica del ricambio nei tessuti isolati.

Secondo G. Boström (*Klinische Wosch.*, n. 11, 1934) il metodo consiste nell'ipersensibilizzare nel corso di 2-3 mesi delle cavie verso un determinato antigene, iniettato per via sottocutanea o endoperitoneale. 14-25 giorni dopo l'ultima iniezione le cavie venivano uccise e venivano tolte per esperimentare l'epidermide del punto iniettato ed il fegato. Gli antigeni usati furono siero di cavallo, siero di capra e albumina d'uovo cristallizzata. Gli esperimenti dimostrarono che l'aggiunta di notevoli dosi dell'antigene specifico provocava una diminuzione della glicolisi anaerobica e della respirazione, mentre dosi minori di antigene provocavano un aumento del ricambio. Eseguendo invece analoghe esperienze con gli stessi tessuti di cavie normali, non sensibilizzate l'aggiunta di siero animale o di albumina di uovo non determinava alcuna analoga reazione. Si devono quindi considerare queste reazioni come di natura anafilattica.

R. POLLITZER.

Asma e potassiemia.

In un interessante lavoro, eseguito sotto la guida di Besançon, sperimentando su una ventina di asmatici di vario tipo, Jacquelin, Bertrand e Dimoff (*Le Bull. Méd.*, 1° luglio 1933) riprendono in esame i rapporti tra accesso asmatico e malattia asma e calcio e potassio del sangue.

Le ricerche precedenti sono secondo gli AA. imperfette e troppo contradditorie: l'argomento di generale interesse ha loro consigliato un controllo ed una precisazione.

I risultati sono stati i seguenti:

1) Il tasso calcemico è negli intervalli tra gli accessi, costantemente normale. E, durante l'accesso stesso, non si è mai trovata vera ipocalcemia.

2) la potassiemia è, nella maggior parte dei casi, nettamente e spesso considerevolmente aumentata. Cosicchè, in contrasto con il livello normale del calcio, sono le variazioni cospicue del potassio, che fortemente aumenta, la principale anomalia della composizione minerale del plasma degli asmatici.

Riguardo alla patogenesi generale dell'asma, senza voler con questo dare troppo valore al risultato riferito, gli AA. pensano che si possa dire che la normalità della calcemia non depone a favore dell'esistenza, a base dell'asma degli adulti, di fenomeni broncospastici. Altre ricerche diranno che importanza realmente spetti all'aumento della potassiemia.

M. COPPO.

Sulle modificazioni del contenuto calcico della mastoide in gravidanza.

Sono stati constatati in donne gravide con orecchio normale disturbi uditivi che possono mettersi in relazione con una alterazione dell'orecchio interno.

V. Aprile (*Il Valsalva*, marzo 1934) pensando che questi disturbi possono essere in relazione col processo di calcificazione che in gravidanza subisce tutto il sistema osseo e quindi anche il temporale, ha studiato radiograficamente il comportamento delle disposizioni dei sali di calcio nella trabecolatura mastoidea durante il corso della gravidanza normale. Egli ha diviso le donne studiate in tre gruppi: nullipare (controllo); primigravide; pluripare.

Anzitutto ha rilevato nelle nullipare i caratteri normali della mastoide ed ha notato come fatto comune la uniforme e costante distribuzione dei sali calcarei nel tessuto osseo.

Nelle donne alla prima gestazione, ha riscontrato che con il progredire della gravidanza si va determinando a partire dal quarto o quinto mese, un impoverimento sempre maggiore di sali calcarei nel tessuto osseo delle mastoidi, che raggiunge il massimo grado all'epoca del parto.

L'esame delle plurigravide è stato ancora più interessante: queste fin dall'inizio della gravidanza presentavano una mastoide povera di sali di calcio, meno povera però che al termine della precedente gestazione. Vi è stata quindi una parziale riparazione nel periodo intervallare tra una gestazione e l'altra.

Col succedersi delle gravidanze la decalcificazione si ripete, ma in grado sempre minore: in alcune donne l'A. ha riscontrato una

differenza minima tra il principio e la fine della gravidanza. Egli spiega questo fenomeno con l'ipotesi che a lungo andare subentrano nelle gestanti dei poteri di difesa e di riparazione nei riguardi del ricambio del calcio, che impediscono un impoverimento tale da condurre alla malacia totale dell'osso.

VICENTINI.

Mucina nel liquido pleurico.

In un uomo di 59 anni, con ascite da peritonite mixomatosa e versamento pleurico destro, S. Amberg e N. M. Kaith (*Proceedings of the Staff. Meetings of the Mayo Clinic*, 22 marzo 1933) trovarono liquido pleurico con peso specifico 1019 col 2,5% di proteine e 0,6 gm. % di cloruri. La viscosità di questo liquido era 14 volte superiore a quella dell'acqua. La sostanza viscida estratta con speciale procedimento aveva viscosità 5,6 volte superiore a quella dell'acqua.

Questo liquido pleurico filtrava con molta lentezza (cc. 3,2 in 45' contro 10 cc. di acqua in 2') e conteneva 12 % di azoto e 0,82 % di zolfo, cifre che s'avvicinano a quelle trovate da Hammarsten per la mucina isolata dalla ghiandola sottomascellare.

Il liquido ascitico non fu esaminato, ma presentava lo stesso aspetto viscido del liquido pleurico, il quale dipendeva certamente da diffusione del processo neoplastico, alla pleura.

R. LUSENA.

La formazione di principî tossici nelle ustioni.

Il meccanismo di produzione dei fenomeni patologici negli ustionati non è ancora pienamente delucidato. Nuove ricerche di S. Nicolau e P. Poincloux (*Ann. Inst. Pasteur*, febbraio 1934) hanno assodato che, nel sangue degli ustionati (conigli uomini) si sviluppa una reazione leucocitaria speciale, caratterizzata da:

1) moltiplicazione dei grandi mononucleari;
2) sviluppo di cellule giovani primordiali;
3) comparsa di cellule di Rieder;
4) aumento leggero delle cellule di Türck.

Tale reazione che gli AA. chiamano *megamononucleosi* è precoce, intensa e durevole; essa è proporzionale all'intensità ed all'estensione delle ustioni e traduce la difesa dell'organismo dell'ustionato contro l'intossicazione a cui è sottoposto.

L'esistenza di un vero stato di intossicazione degli ustionati può mettersi in evidenza con l'inoculazione endoaddominale del loro sangue (cmc. 0,5 — 2) in topi, che ne muoiono.

Il principio tossico per il topo è più abbondante nel sangue totale che nel siero; esiste nel fegato in quantità abbastanza importante, tale da poterlo riconoscere. Il sangue degli ustionati e quello degli animali che sono morti per l'iniezione del loro sangue, provoca la flocculazione del brodo di carne.

L'anestesia esercita un'azione protettrice netta contro il rischio di morte rapida a cui sono esposti gli animali ustionati.

fil.

VARIA

Zucchero di legno.

Il dott. Bergius, il quale durante la guerra contribuì molto a far prolungare la resistenza della Germania, creando numerosi succedanei degli alimenti che più scarseggiavano, ha poi ideato un processo per l'idrogenazione del carbone e del legno; è quanto dire, la trasformazione dei combustibili solidi in liquidi. Ora è riuscito anche ad ottenere lo zucchero dal legno. Su questo argomento ha tenuto una conferenza all'« Institute of Chemical Engineers » di Londra. Risulta che la produzione può già attuarsi su scala industriale e che lo zucchero così ottenuto può essere utilizzato per l'alimentazione dei bovini e sovratutto dei suini, per i quali è un buon ingrassante. Raffinandolo, sarà possibile di utilizzarlo per l'alimentazione umana. Nei paesi a copiosa produzione di legname, quali gli Stati baltici, la Romania, il nord-est degli Stati Uniti, il Canadà, sarà possibile di ottenere lo zucchero ad un prezzo infimo e contribuire all'indipendenza alimentare. Mediante l'idrogenazione, si potrà trasformarlo in combustibile liquido e creare un'indipendenza anche per i combustibili liquidi. Se l'idrogenazione sarà ottenuta per mezzo di fermenti (alcoolizzazione), si avrà una copiosa produzione di fermenti, che oggi trovano impiego nell'industria e in medicina.

(*Ann. d'Ig.*, n. 1, 1934; allegato).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. GUERRINI. *Le « luciti ».* — Coop. Poligr. Operai, Milano, 1934.

A. CREAZZO. *Iperazotemia cloropenica.* — Tip. Minerva, Torino, 1934.

W. GALLI. *La sifilide del cuore.* — F. Vallardi, Milano, 1933.

G. GUERRINI. *Fotocatalizzatori ed enzimi.* — Soc. Med. Chirurgica, Padova, 1933.

F. VITALI. *Detronizzazione del cervello.* — Ind. Graf. Sorteni, Venezia, 1934.

D. ENEA. *Errori diagnostici e terapia dei miofibromi.* — Tip. Barca, Napoli, 1933.

F. LAUREATI. *Rilievi statistici, cause, norme di prevenzione e mezzi di assistenza degli infortuni sul lavoro durante il quinquennio 1928-1932.* — Tip. G. Vogliotti, Torino, 1933.

F. ORIANI. *Tubercolosi e malattie mentali.* — Anonima Poligr. Emiliana, Reggio Emilia, 1933.

G. GUERRINI. *Influenza delle luci monocromatiche sulla emolisi « in vivo » da clorofilla.* — Soc. Med. Chir., Padova, 1933.

E. AGUGLIA. *Note e rilievi sulla piretoterapia della paralisi progressiva.* — Riv. San. Sic., 1934.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

28° *Dottor L. V.* (R.). — È da ritenere che la esclusione dal concorso non sia legittima perchè, anche secondo la prassi amministrativa, si considera applicabile ai sanitari condotti la disposizione dell'art. 96 del regolamento 12 febbraio 1911 n. 297.

Per i concorsi indetti anteriormente alla recente legge che stabilisce per l'ammissione la condizione della iscrizione al P. N. F., tale requisito era necessario se richiesto obbligatoriamente dall'avviso del concorso.

Se l'impiegato è stato sospeso soltanto perchè sottoposto a procedimento penale, senza che sia stato iniziato giudizio disciplinare, è da ritenere che, per effetto del proscioglimento, abbia diritto agli stipendi arretrati.

29° *Dottor S.* (F.). — Sino a quando non sia approvato il nuovo elenco, è efficace quello dell'anno precedente. La modificazione ha effetto *ex nunc*, cioè dalla data di essa, specialmente quando si tratti di determinare il corrispettivo proporzionale dovuto al medico condotto per l'assistenza prestata ai poveri oltre un certo numero. Quindi, Lei ha diritto di chiedere il compenso per ogni povero iscritto nell'elenco dell'anno precedente se, per effetto di tardiva revisione, a tale elenco ha dovuto uniformarsi. Se la modificazione avvenisse a metà d'anno, e ne risultassero modificazioni apprezzabili, in più o in meno, potrebbe accettarsi una soluzione equitativa e transattiva.

30° *Dottor E. P.* (P.). — Come Lei bene osserva, il ricorso è ammesso contro il provvedimento definitivo, cioè la deliberazione di nomina. La graduatoria è atto preparatorio. Quindi il ricorso è inammissibile.

31° *Dottor C. R.* (A.). — La Corte di Cassazione penale ritenne, in primo tempo, che anche la vendita delle specialità a prezzo inferiore al minimo e, quindi, la riduzione consentita in misura maggiore del massimo, costituiscano infrazione penalmente perseguibile. Poi modificò questa giurisprudenza e dichiarò che la vendita delle specialità a prezzo inferiore è atto non punibile, anzi è lodevole. Non è stata decisa espressamente la stessa questione in rapporto ai medicinali: però, dalla seconda sentenza che, come ho detto, ha modificato la precedente giurisprudenza, risulta qualche accenno che fa dubitare anche della esistenza del reato nel caso di violazione dei prezzi minimi relativi ai medicinali preparati e somministrati dal farmacista a dose o forma di medicamento. Avverto però che non vi è una risoluzione netta in questo senso. Si deve, quindi, ritenere allo stato della giurisprudenza che siano obbligatori i prezzi massimi e minimi stabiliti dalla tariffa per i medicinali e che le specialità possano invece essere vendute a prezzo inferiore di quello risultante dalla etichetta e quindi possano essere concesse riduzioni maggiori di quelle previste nel decreto ministeriale che approva le tariffe.

32° *Dottor A. P.* (T.). — La mia opinione è ancora quella che risulta dalla nota pubblicata nel « Policlinico » del 1925. Avverto però che la giurisprudenza recente del Consiglio di Stato ritiene che il Prefetto possa revocare l'incarico al medico condotto se sia possibile attribuirlo ad un medico libero esercente, essendo criterio direttivo la separazione delle funzioni di assistenza sanitaria da quelle di vigilanza igienica.

33° *Dottor L. B.* — Nessun rapporto si costituisce tra il Comune e il medico di reparto delle FF. SS. nè vi sono interferenze di funzioni e di interessi: nulla vieta, quindi, che il Podestà partecipi al concorso per l'ufficio di medico di reparto.

34° *Dottor P. P.* — Non sembra possibile, dal punto di vista sanitario, trasformare una sepoltura a tumulazione in sepoltura ad inumazione, dato che, per le tumulazioni, l'art 64 del regolamento speciale di polizia mortuaria, 25 luglio 1892 n. 448, prescrive che i cadaveri devono essere in ogni caso chiusi in cassa metallica saldata a fuoco. Si sa che molto più lentamente avvengono i processi di disfacimento della salma quando è chiusa in cassa metallica; quindi, a meno che la tumulazione non risalga a molti anni (venti o trenta) in maniera che si possa presumere che la salma siasi completamente disfatta, è da ritenere che non possa essere autorizzato il cambiamento di sepoltura. Sembra invece possibile modificare la inumazione in tumulazione osservando le disposizioni degli art. 86 e 87 del citato regolamento e la disposizione dell'art. 64 sopra indicato. I cadaveri di persone decedute per vaiuolo, scarlattina, tifo esantematico, difterite, colera non possono essere esumati se non siano decorsi tre anni dalla morte; le esumazioni straordinarie non possono essere autorizzate nei mesi da maggio a settembre.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'Associazione della Stampa Medica Italiana (*).

Nel 1909 venne costituita l'« Associazione della Stampa Scientifica Italiana », di cui faceva parte una « Sezione Medica » (d'onde la sigla ASSIM, con cui questa venne designata e che per molti anni comparve in tutti i periodici medici italiani iscritti all'Associazione).

L'iniziativa era partita dai proff. Enrico Morselli e Mario Segàle, di Genova, i quali furono eletti ripetutamente presidente e segretario-economo dell'Associazione.

A norma dello statuto, potevano far parte dell'Associazione tre soci per ogni periodico: il direttore, il redattore-capo e il segretario di redazione. Per ogni socio doveva essere corrisposta una quota annuale dall'amministrazione del periodico.

L'Associazione tenne varie adunanze e partecipò ad alcuni congressi internazionali della stampa medica (a Budapest, Madrid, Londra, Roma). In occasione dell'ultimo congresso internazionale, tenutosi a Roma nel 1911, si addivenne ad un'intesa con l'Associazione della stampa politica, il cui presidente, on. Barzilai, tenne un discorso che lumeggiava l'utilità di un'azione concorde.

Si devono all'Associazione Italiana due proposte che furono accolte dal Congresso Internazionale del 1911, e cioè:

1) le memorie originali pubblicate nei periodici di medicina devono essere sempre corredate di conclusioni o di brevi riassunti, e ciò allo scopo precipuo di agevolare le recensioni nei periodici di altre lingue;

2) ogni lavoro non può essere pubblicato in più periodici della stessa lingua.

La prima di queste due iniziative è stata recentemente fatta propria dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, e si è dimostrata utilissima. Altri problemi, presi in esame, riguardarono i viaggi in ferrovia a condizioni di favore, le tariffe telefoniche, ecc.

L'Associazione riuscì a far riconoscere, da parte delle Ferrovie dello Stato, il diritto dei soci alle concessioni per giornalisti (libretti di scontrini per viaggi con riduzione del 75 % e con facoltà di soste multiple durante il viaggio).

Sebbene l'Associazione Italiana abbia dato prove di vitalità e di efficienza, le erano insiti alcuni fattori di debolezza.

(*) Questo articolo doveva essere presentato come contributo alla discussione sul tema « La Stampa Medica », il quale era in programma, su relazione di Bocchetti e Costantini, nei lavori del convegno indetto dal Sindacato Medico per lo scorso gennaio. Com'è noto il convegno è stato differito.

Siccome alcuni periodici di medicina si sono occupati recentemente dello stesso tema, stimiamo utile di dar corso all'articolo, il quale porta alcuni dati di fatto integrativi.

Va notato che, nella concezione originale di Morselli, doveva costituirsi, come si è detto, un'Associazione generale della Stampa Scientifica, con varie Sezioni: la stampa medica avrebbe dovuto costituire solo una Sezione; se non che, l'Associazione generale non è mai sorta, e la stampa medica figurava come Sezione di un Ente che non è mai esistito.

Un'altra causa di debolezza era data dal fatto che, mentre l'Associazione doveva tutelare gl'interessi dei giornalisti, i contributi dovevano essere corrisposti dagli editori, che non sentivano questo obbligo. Da parte dei soci, non si legittimavano azioni presso gli editori, per ottenere la corresponsione delle quote. Accadeva, inoltre, che uno stesso socio prestava la sua opera in più periodici e non si sapeva su quale amministrazione far ricadere il presunto obbligo della quota.

Erano esclusi gli editori (salvo che tali non fossero gli stessi direttori o redattori, caso frequente per i periodici a scarsa tiratura). In tal modo l'Associazione era resa più omogenea e si evitavano eventuali conflitti d'interessi; ma si rinunziava al concorso di elementi operosi, con i quali si era in collaborazione continua e con i quali giova di procedere in buona intesa.

Malgrado tutto — come si è detto — l'Associazione fu viva e seppe rendersi utile. Ne derivarono benefizi d'ordine morale e materiale.

* * *

Durante la guerra, la crisi che attraversò la stampa in genere e quella scientifica in particolare, indusse a trasportare la sede dell'Associazione nella capitale, ove potevano essere più facili i contatti col mondo politico. Alla presidenza fu chiamato il sen. G. Sanarelli; furono eletti membri del Consiglio i proff. A. Busi, A. Ferrannini, L. Giuffrè, L. Lucatello, L. Mangiagalli, L. Pagliani, M. Segale; la carica di segretario venne assunta dal dott. G. Dragotti; al prof. E. Morselli fu conferita la carica di presidente onorario.

Mercè l'opera del Sanarelli, coadiuvato dal Dragotti, furono attenuate le gravi difficoltà in cui ebbe allora a dibattersi la stampa medica, correlative a quelle che si fecero sentire su tutta la stampa.

In particolare venne deliberato un aumento della quota di abbonamento, deliberazione presto sanzionata dal Ministero dell'Industria e del Commercio ed estesa a tutti i periodici scientifici (Decreto 30 giugno 1920). Si ottenne dallo stesso Ministero la concessione della carta a prezzo ridotto per i periodici che ne avessero fatta richiesta comprovandone il vero consumo. Questa misura recò vantaggi notevoli ai giornali medici con forte tiratura: si può dire che non pochi si salvarono grazie a tale provvidenziale intervento. Mentre in Francia si videro organismi solidissimi cedere, come la « Semaine Médicale », in Italia i periodici migliori si sostennero tutti.

Si ottenne anche dal Ministero dell'Industria e Commercio l'assegnazione di una quota integrativa sul già corrisposto importo degli abbonamenti. Questo benefizio fu pure avvertito dai periodici più diffusi.

* * *

Col dopo-guerra, l'Associazione entrò in un periodo di stasi. Un'adunanza del Consiglio direttivo, indetta dalla Presidenza, andò quasi deserta. Dopo tale convegno, il dott. Dragotti rassegnò le dimissioni dalla carica di segretario, che fu assunta interinalmente dal dott. L. Verney. Poi anche il prof. Sanarelli presentò le dimissioni: gli subentrò il vice-presidente, prof. V. Ascoli.

Questi invitò i soci ad esporre le loro idee sopra il da fare; ma le risposte furono poche e non significative. Il prof. Ascoli convocò tre adunanze, a Roma, a Padova ed a Parma, in occasione dei Congressi medici. Si approvò un nuovo statuto. Il nome originario venne cambiato in « Associazione della Stampa Medica Italiana ». Si deliberò di costituire tre comitati, per l'Italia Settentrionale, per quella Centrale e per quella Meridionale, affidati rispettivamente alla presidenza dei proff. M. Donati, V. Ascoli e A. Ferrannini; ma non hanno mai funzionato.

Durante questo periodo si tentò di ovviare alla confusione della numerazione unica per le pagine di testo e per quelle pubblicitarie intercalate (condizione imposta dall'Amministrazione Postale per concedere la spedizione a tariffa ridotta in conto corrente). Si redasse all'uopo un memoriale per il Ministro delle Comunicazioni e si espletarono molte pratiche; alla fine si ottenne una forte riduzione della tassa per i fogli pubblicitari intercalati e numerati a parte (da cent. 10 a 5 ogni 50 g.: Decreto 24 agosto 1928). Tuttavia il grave inconveniente persiste tuttora per i periodici che intendono profittare della tariffa più ridotta.

Il dott. Verney rinunziava, in occasione del Congresso di Parma, alla carica interinale di segretario, che venne affidata al dott. A. Pozzi. Questi non potè esplicare che una scarsa azione, poichè, in seguito ad una malattia ed alla morte del prof. Ascoli ed alla nomina del prof. N. Castellino a commissario della Stampa Medica, l'Associazione ha presto cessato ogni attività; la sua sigla è gradatamente scomparsa da tutti i periodici. L'Associazione è morta senza che nessuno se ne avvedesse...

Intanto il prof. P. Piccinini ha istituito a Milano un Ufficio della Stampa Medica, che non ha veste ufficiale; non sappiamo quali periodici effettivamente rappresenti. Dà prova di una grande attività attraverso circolari, concorsi varî ecc.

I giornalisti medici sono ora inquadrati nel Sindacato Giornalisti, che fa parte della Confederazione Nazionale Sindacati Professionisti ed Artisti; quindi è meno sentita l'utilità di un'Associazione autonoma. Crediamo tuttavia che questa non sarebbe fuori del nostro clima storico.

a. p.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. *Amministrazione Provinciale.* — Il Preside, in data 17-4-1934, rende noto che sino alle ore 18 del 5 giugno 1934-XII è aperto il pubblico concorso per titoli ed esami al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi di Ascoli Piceno. Documenti di rito come all'articolo 8 del Regio Decreto 16 gennaio 1927 n. 155, oltre il certificato di iscrizione al Partito Nazionale Fascista, la situazione di famiglia e vaglia all'Economo della Provincia di L. 25 per tassa di concorso. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Stipendio annuo lordo L. 10.500, aumentabile di 1/10 per cinque volte al termine di ciascun quadriennio di servizio. Indennità di servizio attivo L. 1000 lorde annue. Indennità caro-viveri L. 360 annue lorde per i celibi e L. 1821 per i coniugati. Diritti di analisi 25 % sui proventi netti. Lo stipendio, le indennità ed i diritti sopraindicati sono anche al lordo della riduzione del 12 % e della recente riduzione di stipendi ed altre competenze di cui al R. D. L. 14 aprile 1934 n. 561. Assunzione di servizio entro 20 giorni dalla partecipazione di nomina a pena di decadenza. Esami in Roma in date e località che saranno rese note almeno otto giorni prima. I documenti prodotti da ciascun concorrente dovranno essere sommariamente descritti in doppio elenco allegato alla domanda di ammissione al concorso. Per maggiori particolari e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, ove sono visibili i regolamenti organici e di servizio riferentisi al posto messo a concorso.

BADIA CALAVENA (*Verona*). — Scad. 12 mag.; rivolgersi Segreteria Municipale.

CASAL VELINO (*Salerno*). — Scad. 30 apr.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età limite 35 a.

CASSANO D'ADDA (*Milano*). — Scad. 25 mag.; L. 9000. Rivolgersi Segreteria Com.

CASTELLO DI CISTERNA (*Napoli*). — Scad. 1 mag.; L. 9500; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50.

CASTIRAGA VIDARDO (*Milano*). — (Vedi CASELLE LURANI).

CHIAVARI (*Genova*). — Scad. 1 giu.; condotta urbana; esami; età limite 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 28 mar.; stip. L. 7200 e 10 bienni ventesimo oltre L. 300 bicicletta. Rivolgersi Civica Segreteria.

CHIUSI DELLA VERNA (*Arezzo*). — Scad. 15 giu.; 1ª condotta; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 2000 trasp.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

CODOGNO (*Milano*). — (Vedi MILANO. *R. Prefettura*).

GROSCAVALLO (*Torino*). — Scad. 1 giu.; L. 7930 e 6 aumenti periodici in 20 anni per un totale di L. 3960, c.-v., L. 440 uff. san., L. 260 alloggio; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

IMPERIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 9 giu.; direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; L. 19.000 aumentabili a L. 21.000 oltre L. 5200 serv. att.; riduz. 12 %; età limite 32-45 a. al 4 aprile; libera consulenza nella specialità; tassa L. 50; domanda e documenti alla Segreteria.

LECCE. *R. Prefettura.* — Concorso per numero 66 posti di ufficiale sanitario in altrettanti Comuni della Provincia. Stipendi variabili da L. 3000 a L. 5000 al lordo della riduzione del 12 % e delle ritenute di legge. Scadenza termine per presentazione domanda 5 giugno 1934-XII ore dodici. Per informazioni dirigersi Ufficio del Medico Provinciale. Bando affisso presso tutti i Comuni della Provincia, presso tutte le Prefetture del Regno, nonchè presso tutti gl'Istituti d'Igiene del Regno.

LODI (*Milano*). — (Vedi MILANO. *R. Prefettura*).

MACELLO (*Torino*). — Scad. 30 giu.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san., ecc.; riduz. 12 %; età limite 45 a.; tassa L. 50,20.

MAIRAGO (*Milano*). — Scad. 45 giorni dal 5 aprile; L. 13.000, oltre L. 550 se uff. san., L. 400 bicicletta; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età limite 35 a.; tassa L. 50,20; doc. a 3 mesi. Chiedere annunzio.

MATERA. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi, con sede in Matera. Stipendio iniziale L. 17.000 aumentabili di quattro decimi quadriennali, oltre L. 2000 annue d'indennità di servizio attivo. I concorrenti dovranno presentare o far pervenire all'Amministrazione Provinciale non più tardi delle ore 18,30 del giorno 2 giugno corrente anno domanda in carta bollata da lire 3, corredata dai documenti richiesti. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della predetta Amministrazione Provinciale.

MELIZZANO-DUGENTA (*Benevento*). — Scad. 28 giu., per Melizzano-capoluogo; L. 5000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

MESTRE. — (Vedi VENEZIA).

MILANO. *R. Prefettura.* — Tre posti per Ufficiale Sanitario Consorziale pei Consorzi di Lodi, Codogno e Vimercate. Titoli ed esami. Stipendio L. 18.000, 5 aumenti quadriennali del decimo, L. 5000 indennità automobile, più compensi prestazioni per interessi privati. Divieto esercizio professionale. Scadenza 10 giugno 1934. Chiedere bando e schiarimenti R. Prefettura, Ufficio Sanitario, Milano.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 15 mag.; sei medici chirurgi assistenti interni; L. 5600 oltre L. 360 serv. att.; età limite 35 a. Rivolgersi alla Direzione medica, via Ospedale 5.

MONTEGIORGIO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 20 giu.; per due frazioni: L. 8360 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2376 trasp.; già ridotti 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

PECCIOLI (*Pisa*). — Scad. 20 giu.; per Legoli-Libbiano; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp. e c.-v.; riduz. 12 %.

PEGOGNAGA (*Mantova*). — Scad. 20 mag.; condotta B; L. 7040 e 5 quadrienni dec., oltre lire 1019,50 c.-v., L. 2200 trasp., L. 440 ambulat.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

PISINO (*Pola*). — Scad. 12 mag.; 2ª condotta; rivolgersi Segreteria Com.

RIETI. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso, per titoli ed esami, al posto di Assistente presso la Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi con scadenza alle ore diciotto del 20 giugno 1934-XII.

Stipendio annuo L. 10.800 suscettibile di n. 5 aumenti quadriennali di L. 700 ciascuno. Indennità di servizio attivo L. 2387 annue oltre la indennità temporanea di caro-viveri come per gli altri dipendenti dalla Provincia. Infine, all'Assistente potrà essere assegnato un premio annuo di operosità in ragione del servizio prestato ed in relazione all'introito netto totale delle analisi eseguite d'interesse privato. Tutti gli stipendi, assegni e indennità sono soggetti alle ritenute regolamentari e alle riduzioni di cui al R. D. 20 novembre 1930 n. 1491 e al R. D. L. 14 aprile 1934 n. 561. Età massima anni 35, salvo le eccezioni di legge. Alla domanda, in bollo da L. 3, dovranno allegarsi, descritti in duplice elenco in carta libera, firmato dal concorrente i seguenti documenti, regolari nel bollo e nelle legalizzazioni: 1) certificato di nascita; 2) certificato di buona condotta morale, civile e politica; 3) certificato d'iscrizione al P. N. F.; 4) certificato penale generale; 5) certificato di cittadinanza italiana; 6) certificato di adempimento agli obblighi di leva oppure congedo militare (per gli ex militari); 7) certificato medico di idoneità fisica, salva la visita di controllo; 8) originale diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica, in chimica e farmacia o in chimica industriale; 9) vaglia postale di L. 25,10 per tassa di concorso.

I documenti indicati ai nn. 2, 3, 4, 7 devono essere di data non anteriore di tre mesi a quella dell'avviso di concorso, che è: 16 aprile 1934. Assunzione servizio entro 30 giorni dalla data della partecipazione di nomina. Chiarimenti alla Segreteria Generale della Provincia che, a richiesta, spedirà anche un esemplare dell'avviso di concorso.

ROCCAMASSIMA (*Roma*). — Scad. 30 giu.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san., L. 600 trasp.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

RIO NELL'ELBA (*Livorno*). — Scad. 30 mag.; L. 12.000 e 5 quinquenni ventesimo, c.-v.; riduz. 12 %; età limite 45 a.; tassa L. 25.

ROSAZZA (*Vercelli*). — Scad. 5 mag.; consor.; L. 9000 oltre L. 3500 cavalc.

ROTONDA (*Potenza*). — Scad. 25 mag.; L. 7000 e 6 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

SALUSSOLA (*Vercelli*). — Scad. 15 mag.; L. 8500 compresa indenn. uff. san., oltre indennità varie; tassa L. 50,10.

S. MARGHERITA LIGURE (*Genova*). — Scad. 15 mag.; L. 7200 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50.

SCERNI (*Chieti*). — Scad. 5 giu., ore 18; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; trasp. L. 1320; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 5 apr.; tassa L. 50,10. Chiedere annunzio.

SQUILLACE (*Catanzaro*). — Scad. 5 lug.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 45 a.; tassa L. 50,10.

Toscolano Maderno (*Brescia*). — Scad. 15 giu.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasp., addizionale L. 3 sopra il 20 % della popolaz., c.-v.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

Tredozio (*Forlì*). — Scad. 15 mag.; condotta di ponente; L. 11.000 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 1250-2500 trasp.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Venezia. *Comune*. — Scad 1 giu., ore 17; medico direttore del dispensario di Mestre per la sifilide e le malattie veneree; rivolgersi Segreteria Generale, Reparto Personale.

Vicenza. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Scad. 12 giu.; direttore del Consorzio e del Dispensario di Vicenza; L. 20.000 oltre serv. att. L. 4000, 2 quadrienni dec.; divieto esercizio professionale libero. Età limite 45 a. al 7 apr. Rivolgersi al Presidente.

Vimercate (*Milano*). — (Vedi Milano. *R. Prefettura*).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

All'elenco dei nuovi deputati medici pubblicato nel N. 15 sono da aggiungere i nomi degli onorevoli Giuseppe Francesco Formental di Thiene (Vicenza), Vincenzo Oddo di Sambuca Zabut (Agrigento) e Franz Pagliani.

Al posto lasciato vacante dal prof. Rodolfo Stanziale, la Facoltà Medica di Napoli ha chiamato il prof. Giuseppe Verrotti, titolare di clinica dermosifilopatica a Catania, già allievo del prof. Tommaso De Amicis. Rallegramenti sentiti.

Il prof. Tommaso Lucherini, primario medico degli Ospedali Riuniti di Roma, ha ora conseguito la libera docenza in clinica medica.

Al prof. Lucherini, amico e collaboratore, le nostre congratulazioni e vivissimi auguri.

Il cav. uff. dott. Vittorio Rainaldi, medico consulente capo dell'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gl'Infortuni sul lavoro, è stato nominato dal prefetto della Provincia di Viterbo presidente del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Civitacastellana e dell'Ospedale Antosilla. Il Rainaldi, altamente stimato nel mondo medico romano, direttore in passato dello stesso Ospedale Antosilla, porterà nella nuova carica le sue preziose qualità di professionista e di organizzatore e la rettitudine disciplinata del suo carattere. Porgiamo al valoroso collega tutto il nostro cordiale compiacimento.

Il prof. Enrico Periti ha vinto il concorso a medico primario dell'Ospedale Civile di Adria. Rallegramenti.

Il dott. Oreste Liguori, di Lenola (Roma), è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il Collegio degli Insegnanti dell'Istituto « Benito Mussolini » di Roma ha in questi giorni ultimato i lavori sull'esame dei titoli dei candidati al concorso per due borse di studio di perfezionamento in tisiologia, offerto dall'Istituto Nazionale di chemioterapia di Milano.

La Commissione, considerando come titolo di preferenza l'assiduità e il profitto alle lezioni ed ai turni pratici nei padiglioni dell'Istituto, ha proclamato vincitori dei due premi i dottori: 1° Brenno Babudieri, 2° Geniali Caruso, mentre ha segnalato gli altri candidati Raffaele Pucci, Davide Sori, Saverio Licauli, Filippo Soricelli, per l'assegnazione di borse di studio da parte dell'Istituto « Benito Mussolini » prelevandole dai fondi concessi dal Ministero dell'Interno.

Dal concorso sono stati esclusi i candidati non regolarmente iscritti alla Scuola.

Il prof. Zipf, di Münster i. W., è stato chiamato alla cattedra di farmacologia di Königsberg.

Il dott. R. Schröder, professore di ginecologia a Kiel, è passato all'Università di Friburgo i. Br.

La Società tedesca di chirurgia ha eletto 1° presidente per il 1935 il prof. Magnus di Berlino.

Il prof. A. W. Freeman è nominato decano della Scuola d'igiene e sanità pubblica di Baltimora, in sostituzione del prof. W. H. Frost, dimissionario.

Il libero docente A. Pfeiderer di Tubinga è nominato direttore della Clinica ginecologica cittadina di Stoccarda.

Il dott. W. Keller, libero docente a Heidelberg, è nominato professore e medico primario dell'Ospedale pediatrico a Magonza.

NOTIZIE DIVERSE.

XXI Aprile.

La ricorrenza augusta del Natale di Roma è stata celebrata in tutta Italia, non solo col ricordo delle mitiche origini della civiltà latina, ma anche con l'esaltazione delle energie produttrici nazionali.

Nell'occasione si è inaugurata una mole imponente di opere costruttive, destinate a durare nel tempo; alcune di esse riguardano i servizi assistenziali e igienici; notiamo in particolare l'Istituto della Sanità Pubblica. Delle più importanti avremo occasione di occuparci nei prossimi numeri.

Unione internazionale contro il cancro.

Il 22 marzo, al Ministero francese della Sanità pubblica, si è tenuta una Conferenza internazionale preparatoria per la creazione di una Unione internazionale contro il cancro. Vi intervennero 73 delegati, rappresentanti 42 Nazioni, di cui 20 europee e 12 extra-europee, e tra queste gli Stati Uniti e il Giappone. Fu presieduta dal ministro Louis Marin, che, dopo augurato il benvenuto, cedette la presidenza al sen. Justin Godart, ex-ministro, presidente della Lega francese.

La riunione ha discusso e approvato gli statuti del nuovo organismo internazionale, che avrà specialmente lo scopo di stabilire un legame costante tra gli enti nazionali che si occupano dello studio scientifico del cancro e della lotta sociale contro questa malattia; di preparare dei congressi internazionali triennali; di aggiornare i metodi di azione, tenendo conto delle particolarità nazionali; di promuovere delle azioni, come la lotta contro il ciarlatanismo, la statistica, le documentazioni (scambi di letteratura) ecc.

L'ufficio provvisorio è stato così costituito: presidente Justin Godart (Francia); vice presidente il prof. Borst (Germania); consiglieri i proff. Maisin (Belgio), sen. Bastianelli (Italia), Francis Carter Wood (Stati Uniti), Del Rio Hortega (Spagna), Lusky (Olanda), dott. Rowntree (Inghilterra); segretario generale: Jaques Baudaline.

Il prossimo congresso è previsto a Roma per il 1936.

9° Congresso internazionale di dermatologia e sifilografia.

Questo congresso sarà, per invito del Governo ungherese, tenuto a Budapest dal 15 al 21 settembre 1935 ed organizzato dalla Società Dermatologica di Ungheria.

I temi di relazione saranno i seguenti:

1) Nuovi studi sulle funzioni della pelle.

2) Reciprocità, correlazioni e antagonismo tra la pelle e gli altri organi.

3) L'allergia in dermatologia e sifilografia.

4) Importanza del metabolismo in dermatologia (incluse le endocrinodermatosi e le avitaminosi).

5) L'influenza delle cause esterne sulla frequenza e sulle manifestazioni delle dermatosi.

6) I virus filtrabili nell'eziologia delle malattie della pelle.

7) Forme e cognizioni nuove nel campo della tubercolosi cutanea.

8) La cura immunbiologica, non specifica e medicamentosa, della sifilide.

9) I criteri di guarigione della sifilide.

Su invito del Comitato d'organizzazione saranno tenute conferenze ufficiali sopra soggetti di interesse generale.

Inoltre il Congresso, a mezzo di Commissioni speciali, si occuperà della nomenclatura dermatologica, delle classificazioni delle malattie della pelle, di questioni di insegnamento, di pratica dermatologica e inoltre di un centro di scambio gratuito di assistenti e di materiale d'insegnamento tra i vari istituti.

Si terrà pure una esposizione con tre sezioni: retrospettiva, scientifica, tecnica commerciale.

Il presidente del Comitato d'organizzazione è il prof. Nékàm, direttore della Clinica Dermatologica di Budapest; vice-presidenti i proff. Neuber, Poòr, Berde, Guszman, Török, Sellei; segretari generali i proff. Géber e sig.na Ballagi; tesoriere il dott. A. Pajor.

Il Comitato di organizzazione è a disposizione per tutte le informazioni che si vorranno richiedere (Budapest VIII, Maria u. 41).

I manoscritti delle comunicazioni individuali devono pervenire all'ufficio centrale di Budapest prima del 28 febbraio 1935.

Convegno medico abruzzese.

I medici dell'Abruzzo si sono adunati in gran numero a Vasto. Erano presenti il prof. on. R. Paolucci con alcuni assistenti della R. Clinica chirurgica di Bologna, il prof. A. Gasbarrini, presidente della Società medico-chirurgica abruzzese, il segretario dott. Tattoni, i proff. Tinozzi e Marinucci di Napoli, Cozzoli e Marinacci di Chieti, Caccia, Lorenzetti e Albano di Aquila, Cermenati di Teramo e moltissimi altri, giunti da cittadine e paesi litoranei e interni. Dopo un saluto del Podestà e la lettura di numerose adesioni, pervenute da ogni parte d'Italia, furono fatte le comunicazioni, tra le quali interessarono molto quelle riguardanti la chirurgia delle vie biliari. Alla discussione presero parte l'on. Paolucci, Marinacci, Tinozzi, Cieri, Marinucci, Cristini, Bedarida ed altri. Seguirono le comunicazioni di Cozzoli, Ciaccia, Albano, Lorenzetti, Marcozzi, Cermenati, Cieri, Rossi, Colalè, Marinucci, Properzi, Pierantoni, D'Ettorre, Bedarida.

In un ricevimento offerto al palazzo D'Avalos parlarono il Podestà, il prof. Cozzoli di Chieti, il prof. Marinucci di Napoli, che pronunziò un appassionante discorso in latino, l'on. Paolucci e infine il prof. Gasbarrini. A tutti rispose il prof. Bedarida, direttore e primario dell'Ospedale di Vasto.

Convegno medico toscano.

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » indice per il 27 maggio, ad ore 15, un Convegno Medico Regionale sul tema: « Ultimi studî sul virus tubercolare ». Relatore ufficiale il prof. Raffaele Silvestrini, direttore della Clinica Medica di Perugia. Riunione in Pistoia presso la R. Accademia degli Armonici g. c. (via Curtatone e Montanara). Sono invitati i dirigenti e dipendenti di Cliniche, Istituti ed Ospedali, i medici liberi esercenti e condotti.

Coloro che desiderano fare comunicazioni sull'argomento sono pregati di trasmetterne tempestivamente il titolo al presidente dell'Accademia, prof. Collatino Cantieri, Pistoia.

Medici inglesi in visita alle Cliniche di Roma.

Nella settimana scorsa è giunto a Roma, per una breve visita alle nostre Cliniche, un gruppo di medici Inglesi, guidati dal Dr. A. F. Hurst, il clinico del Guy's Hospital di Londra, ben noto per i suoi lavori sulla costituzione, sull'asma, sul sistema nervoso e sulle malattie dell'apparato digerente.

Data la brevità del tempo a loro disposizione, gli illustri ospiti, D. Hunter e A. W. Stott di Londra, L. Spence e F. Nattras di Newcastle O. Tyne, E. Bramwell di Manchester, J. Hay e W. Johnson di Liverpool, Thompson di Birmingham e A. G. Anderson di Aberdeen, accompagnati dal prof. V. Serra, hanno limitato la loro visita alla Clinica Medica, all'Istituto di Semeiotica, alla Clinica Pediatrica, ad alcuni reparti ospedalieri di S. Spirito e alla Clinica Neuropatologica.

I rispettivi direttori e primarii, proff. Frugoni, G. Bastianelli, Spolverini, Paolo e Giulio Alessandrini, Attilj e De Sanctis, hanno accolto i visitatori, mostrando loro, secondo il desiderio da loro precedentemente espresso, casi clinici, metodi di ricerca specializzati, tecniche di laboratorio e documentazioni radiologiche, a cui gli ospiti hanno mostrato di interessarsi vivamente.

Infine la Scuola Superiore di Malariologia, diretta dal prof. G. Bastianelli, ha organizzato in loro onore una gita a Littoria e a Sabaudia, al termine della quale gli illustri colleghi, che avevano già visitato la Mostra della Rivoluzione, hanno espresso la più cordiale ammirazione per la grande opera ricostruttrice del Fascismo e per la personalità del Duce, oggi così popolare e ammirata anche in Inghilterra.

Una spedizione sanitaria in Tripolitania.

L'Istituto Superiore di Odontoiatria Eastman, che nel favorevole clima fascista, ha potuto realizzare in Roma il suo programma di alta importanza igienico-sociale, in seguito ad accordi con le superiori autorità, che hanno dato all'iniziativa ogni appoggio, si trasferisce temporaneamente in gran parte, con ricchezza di mezzi, in Tripolitania, per ivi svolgere la sua opera profilattica e curativa odontoiatrica in quella popolazione scolastica.

Cinquanta sanitari specializzati ed il personale di amministrazione e di assistenza, con automezzi perfettamente attrezzati, in vetture speciali, messe a disposizione dal Ministro delle Comunicazioni, sono partiti alla volta di Siracusa, onde prendere imbarco per la Libia.

Una riunione al Ministero dell'Agricoltura per le piante officinali.

Il Ministero dell'Agricoltura e delle Foreste ha riunito la Commissione consultiva per le piante officinali e la Giunta esecutiva, che gli hanno riferito sull'opera finora svolta in relazione alla legge 6 gennaio 1931.

Il prof. Sabatini ha dato conto della attività particolarmente spiegata per la coltivazione del papavero da oppio, che dovrebbe permettere tra breve di sopperire al fabbisogno nazionale di oppio e derivati; per il censimento provinciale della flora officinale italiana spontanea o coltivata; per il concorso nazionale di alambicchi ed essiccatoi rurali e per la conoscenza e la valorizzazione in genere della flora officinale.

Il prof. Rovesti ha riferito sui lavori del censimento della flora officinale, in corso di svolgimento.

L'on. Ministro si è compiaciuto dei lavori compiuti in questo campo che fino a pochi anni fa era quasi ignorato e che riveste notevole importanza per l'economia agraria.

Azioni giudiziarie.

Il dott. Jean Pierre Béleau, interno al sanatorio dipartimentale di Chèvrecour (Francia), era stato gravemente ferito, il 13 luglio 1926, con varî colpi di rivoltella, da un ricoverato pazzoide, che era riuscito a portare con sè e tenere nascosta l'arma.

Il medico, ferito gravemente all'addome, rimase a lungo in un grave stato e si trova tuttora nell'impossibilità di esercitare bene la professione. Egli chiese un'indennità di 500.000 franchi al Dipartimento (dell'Oise), considerando che a questo risaliva la responsabilità della presenza di un'arma da fuoco nell'istituto. Il Dipartimento non dette esito alla pratica; onde il medico si è rivolto al Consiglio di Stato che, dopo una lunghissima controversia, durata 7 anni, ha condannato il Dipartimento a corrispondere al medico 30.000 franchi per stipendi arretrati e una rendita vitalizia di 4000 franchi l'anno, per l'incapacità parziale permanente derivata dalla ferita.

Un po' dovunque.

La lotta contro la tubercolosi è divenuta una azione a carattere nazionale, alla quale lo Stato dà il suo appoggio morale e materiale. All'azione dello Stato, collaborano in modo tangibile anche i cittadini, con il loro obolo. È necessario che tutti sentano questo preciso dovere di contribuire alla grande opera di bonifica integrale della razza, che il Duce ha additato.

Il 10° Congresso internazionale di storia della medicina è indetto a Madrid per il settembre 1935.

Un congresso internazionale dei medici automobilisti è annunziato dal 20 al 24 maggio in Utrecht. Saranno presentate 6 relazioni. Per il programma e per informazioni rivolgersi al Dr. G. A. Prins, Utrecht, Olanda.

Si è adunata a Tripoli una numerosa rappresentanza della Società Italiana di Chirurgia orale ed ortopedia dento-facciale. La seduta inaugurale ebbe luogo il 2 aprile al Municipio. Le accoglienze della classe medica locale e delle autorità sono state cordialissime.

La Federazione Nazionale Fascista « Istituti privati di cura » ha tenuto in Roma la seduta del Consiglio direttivo e l'assemblea generale, sotto la presidenza dell'avv. D. Santo. Venne particolarmente esaminata la circolare di S. E. Buffarini sull'assistenza ospedaliera agli abbienti e semi-abbienti.

Il 21° Congresso francese d'igiene si terrà nell'Istituto Pasteur di Parigi durante la 2ª quindicina di ottobre, sotto la presidenza del prof. P. Lemoine, direttore del Museo nazionale di storia naturale e presidente della Società di medicina pubblica. Temi: « L'acqua dal punto di vista geologico, batteriologico, chimico e dell'ingegneria sanitaria »; « I fenomeni geologici e cosmici dal punto di vista della salute pubblica ».

L'Accademia Spagnola di Dermatologia e Sifilografia si adunerà a Madrid nei giorni 17 e 18 maggio per festeggiare il suo 25° compleanno di fondazione. Verranno presentate relazioni sui risultati della roentgenterapia, sulla malarioterapia della neurolue e sull'organizzazione dell'insegnamento dermatologico in Spagna. Il 19 maggio si adunerà la Lega internazionale contro il pericolo venereo.

La Società tedesca di pediatria si riunirà dal 14 al 16 settembre in Braunschweig, unitamente alla Lega tedesca per la tutela dei lattanti e della prima infanzia; festeggerà il suo 50° anno di fondazione. Sono in programma cinque temi di relazione.

Il Congresso medico di Tunisi si è svolto sotto la presidenza del dott. Charles Nicolle, con larghissimo intervento di medici di varî Paesi del Mediterraneo.

L'Associazione chirurgica della Costa del Pacifico ha tenuto la sua 9ª adunanza annua a Los Angeles dal 21 al 24 febbraio. Alla presidenza è stato eletto il dott. E. C. Moore.

Le giornate mediche e farmaceutiche franco-belghe si sono svolte a Lilla, a partire dal 17 marzo, con l'intervento di 1500 medici, farmacisti, dentisti e ostetriche, della Francia e del Belgio. Si sono tenute numerose conferenze, lezioni e dimostrazioni.

Si è riunito a Cluj un congresso di idrologia e di climatologia medica, presieduto dal dott. Vicol. All'ordine del giorno era il tema: cura delle malattie delle donne a mezzo dei fattori balneoclimatici della Romania. Tra le decisioni del congresso ve n'è una che fa obbligo al medico balneologo di occuparsi anche della parte turistica della sua stazione.

Il Ministro delle colonie belga segnala che si richiedono giovani medici belgi al Congo.

La Società di ginecologia di Chicago ha organizzato un comitato per la salute delle madri, onde fare uno studio sulla mortalità materna e fetale in quella città.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 7 febbraio, sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai dottori prof. G. Petta, prof. D. Maselli (tre comunicazioni), prof. M. Lapenna, prof. G. Pieri, G. Volpato, F. Cucchini.

Il 5 aprile si è tenuta nell'Ospedale Civico di Aquila la Riunione mensile della Società Medico-Chirurgica Aquilana, Sezione della Società Medico-Chirurgica Abruzzese. Nell'assemblea, numerosa, presieduta dal generale medico Caccia, fecero importanti comunicazioni i dottori Forti, Spennati, Rusconi e Casu. Alla discussione parteciparono i dottori Alesii, Marcone, Cricchi, proff. Albano, Natali e Caccia.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 23 marzo sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. P. Fabris. Furono fatte comunicazioni dai dottori prof. Tramontini, Marta, Dalla Zentil.

Il Direttorio del Sindacato Provinciale Medico Fascista di Caltanissetta si è adunato il 6 aprile. In esito a discussione, su proposta del dott. Villani, si è stabilito che venga inviata una circolare ai colleghi della Provincia, perchè vogliano essere molto esatti nel rilascio dei certificati, specie nel campo infortunistico. Si è affidato incarico al dott. Galletti di compilare la tariffa per gli odontoiatri della Provincia.

L'Istituto universitario di actinoterapia di Francoforte sul Meno ha organizzato un corso di perfezionamento sulla roentgenterapia moderna, dal 7 al 17 maggio. Rivolgersi al segretario, prof. Holfelder, Eschenbachstrasse 14, Frankfurt a. M., Germania.

Gli « Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires » sono stati ceduti dalla casa Doin & C.ie alla casa Gauthier-Villars (quai des Grands-Augustins 55, Paris VIe). L'impostazione generale e la veste del periodico restano immutate.

Un gruppo numeroso di professori delle varie Università francesi ha fatto un viaggio di documentazione in Italia; è stato ovunque accolto con viva cordialità.

La Giunta Diocesiana di Roma ha organizzato un pellegrinaggio di medici a Roma; esso ha raggiunto una cifra cospicua di partecipanti.

Si è costituito in Romania un comitato per erigere un busto del compianto prof. Mina Minovici, che fu il creatore dell'Istituto di medicina legale di Bucarest. Del comitato fa parte il ministro dell'istruzione pubblica prof. Angelesco.

In Romania il numero di studenti israeliti ammessi nelle Università dev'essere proporzionale alla popolazione israelita del Paese.

Il Ministero giapponese dell'interno ha annunziato che alla fine del 1932 risultavano iscritti 50.068 medici, il che segna un aumento di 1969 sull'annata precedente. Tra essi i medici pratici erano 46.029, ossia 1140 in più dell'anno precedente; corrispondono a 0,694 ogni 1000 abitanti. I dentisti erano 17.164, contro 15.988 nel 1931; le levatrici 54.635, contro 52.537. Nel marzo 1934 risultavano 3115 laureandi in medicina.
Si pensa di aumentare la durata degli studî medici, la quale, da quando vennero istituite le scuole mediche, 60 anni or sono, sul modello della Germania, è di 4 anni.

In Francia il numero degli alienati stranieri trattati negli asili psichiatrici risultava, al 1° ottobre 1933, di 3250, di cui 1444 appartenenti a Stati che hanno concluso convenzioni di reciprocità (605 polacchi, 476 italiani, 117 belgi, 107 spagnoli, 27 svizzeri, 24 lussemburghesi, 19 jugoslavi, 18 norvegesi, 15 olandesi, 15 greci, 8 austriaci, 6 ungheresi, 4 svedesi, 2 monacensi).

Nel Marocco il Corpo Sanitario Militare ed i Gruppi Sanitari Mobili compiono un servizio giudicato ottimo. I Gruppi Mobili, creati dal gen. med. Lyautey (che li chiamava « dispensari in marcia »), penetrano fino all'interno delle zone non sottomesse. Nel 1933 hanno fatto incirca 200.000 consultazioni (furono 180.000 nel 1930 e 131.000 nel 1927).

In Francia le quote delle Assicurazioni Sociali (invalidità, infortuni, vecchiaia, malattie, disoccupazione, maternità), accentrate nella « Caisse des Dépôts et Consignations », nel 1933 hanno importato 8 miliardi e 145 milioni di franchi. Gl'inscritti sono oltre 10 milioni, di cui una forte proporzione non ha corrisposto le quote. Il servizio di controllo generale ed i servizi dipartimentali richiedono circa 5000 funzionari; in questa cifra non figurano gl'impiegati delle casse dipartimentali, molto più numerosi. Per gli stipendi di questi funzionari sono stanziati 100 milioni di franchi l'anno. Le quote ed i versamenti dello Stato rappresentano, ora, 4 miliardi di franchi l'anno.

Il marchese Andrea Ponti ha legato un milione di lire all'Ospedale Maggiore di Milano; ha voluto così continuare le tradizioni della famiglia, la quale ha fatto ingenti elargizioni all'ospedale.

Un ospedale per negri era in costruzione a St. Louis (Stati Uniti); ma la costruzione si era dovuta sospendere, per mancanza di fondi. Ora essa verrà ripresa, poichè agli ospedali della città è stato destinato un milione e mezzo di dollari, già stanziati per altri scopi. L'ospedale potrà ospitare 600 malati e verrà a costare due milioni e mezzo di dollari (30 milioni di lire it.); si crede che sarà pronto nel 1935.

All'Accademia Medica di Rochester si è tenuta la seconda mostra di lavori artistici e di collezioni dovute a medici; oltre a sculture, pitture, disegni, intagli, vi si notavano: modelli di navi, oggetti in rame battuto, collezioni di archi e frecce, di pistole, di campioni geologici ecc.

Il centenario della nascita del dott. Carlos J. Finlay — il quale formulò la teoria del compito delle zanzare nella trasmissione della febbre gialla — è stato commemorato da molti Enti culturali: in particolare dall'Associazione Medica Cubana, dall'Associazione Medica Pan-Americana (a Washington), dall'Accademia di Medicina di Parigi ecc. Sono state intitolate delle strade al nome del medico cubano, a Parigi, Messico, Guatemala e Tampico. Si è scoperto un monumento a Borgotá e sono stati pubblicati libri in suo onore.

Un esempio di stoica generosità, di nobile altruismo nell'adempimento della sua missione di bene, è stato dato da un medico, mentre tentava di salvare una vita.

Il dott. Antonio Castellani, da circa trent'anni medico condotto nell'Agro Romano, esercitava la sua missione nella sezione di Campoleone. In questi ultimi giorni, pur avendo avvertito un certo malessere, non volle interrompere le sue cure agli infermi, e nonostante tutto continuò le sue visite. Chiamato il 14 aprile d'urgenza in una lontana località, vi si recò in carrozzino, accompagnato da un figlio studente, e prestò ad un malato, il cui stato era grave, le cure del caso. Ma improvvisamente egli fu colto da grave malore e poco dopo cessò di vivere fra la costernazione dei rurali che lo circondavano d'affetto riconoscente.

È morto a Parigi, di carbonchio, il dott. Cheda Mikailovitch, il quale era stato ministro dell'igiene della Jugoslavia e godeva di molta reputazione; aveva 64 anni.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Presse Méd., 21 feb. — J. Lhermitte e J.-O. Trelles. Neurofibromatosi periferica. — F. Trémolières. Ernia diaframmatica dello stomaco.

Accad. Med., 15 gen. — P. Rondoni. La biologia della cellula del cancro.

Riv. San. Sicil., 15 feb. — L. Giuffrè. La cura della febbre.

Jornal dos Clínicos, 15 gen. — A. Valerio. Sifilide della prostata.

Journ. A. M. A., 17 feb. — B. Neal e al. Meningite da bacillo di Pfeiffer. — P. Zinninger. Granulocitopenia. — G. F. Norman. Ipocalcemia ed emicrania.

Minerva Med., 21 feb. — F. Schupfer. Malattia di Schönlein. — G. Usseglio e L. Pepiro. Splenectomia nella malattia di Werlhoff.

Bull. Méd., 24 feb. — Numero sulle paratiroidi.

Paris Méd., 24 feb. — G. Millian. Trattam. dello zona. — J. Meyer. Fisiologia normale e patologica del pigmento cutaneo.

Arch. Uruguayos de Med. ecc., gen. — C. Stajano. Congestione pelvica e varicocele.

Pathologica, 15 feb. — D. D'Antona. Fenomeno Wassermann-Takaki. — F. Iovino. Mixoma sarcomatoso del ginocchio.

Wien. Klin. Woch., 23 feb. — Eppinger e al. Intossicazione e infezione. — F. Fuchs. Tono delle vie urinarie e diuresi. — L. Horn. Nuovo trattam. della sclerosi multipla.

Ann. Institut Pasteur, feb. — V. Chorine e L. Gillier. Meccanismo della reaz. di Henry. — W. A. Eimmennan. Reaz. di flocculazione di Ramon.

Bull. Ac. de Méd., 13 feb. — C. Levaditi e al. Metallo-profilassi della sifilide. — Boisseau e Nodenot. Vaccinaz. contro la tbc. con BCG in soggetti di ogni età non allergici.

Indian Journ. Med. Res., gen. — R. N. Chopra e al. Elettrocardiografia. — M. N. De. I parassiti del kala-azar e loro distribuz. nell'organismo. — K. N. Krishnan. Immunità nella malaria.

Presse Méd., 24 feb. — F. Magnon. Le diastasi tissulari. fattore opoterapico. — D. Sirnici e al. Resistenza dei capillari alla costrizione ed alla stasi.

Lancet, 24 feb. — L. Colebrook e al. Trattamento delle infezioni streptococciche.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., feb. — F. F. Martinez. Parassitismo intestinale e succo gastrico. — T. E. Hess Taysen. Steatorrea idiopatica ecc.

Haematologica, II. — E. Storti, L. Paolazzi. L'allacciatura dell'arteria splenica.

Montpellier Méd., 15 feb. — Numero sull'igiene.

Rif. Med., 17 feb. — S. Fichera e G. Lanza. Proprietà ipoglicemizzanti degli « ormoni circolatori ».

Rev. de Chir., feb. — A. Bergeret e al. Splenectomie nelle cirrosi epatiche.

Mediz. Klinik, 24 feb. — Numero sulla difterite.

Edinburgh Med. Journ., mar. — Numero sulla tbc.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Numero sulla medicina infantile.

Journ. Méd. Franç., feb. — Numero sulle flebiti post-operatorie e puerperali.

Dermosifilografo, feb. — U. Cavallucci. Siero-reazione di Sciarra.

Ann. di Ost. e Gin., 28 feb. — L. Sanjust. Reumatismo artic. ac. in gravidanza. — A. Migliavacca. Pneumotorace d. e frenicoexeresi in gravidanza.

Med. Welt, 3 mar. — F. W. STRATMANN. Teoria del diabete.
Lancet, 3 mar. — A. LEMIERRE. Febbre mediterranea eruttiva.
Brit. Med. Journ., 3 mar. — B. H. JONES. Le monilie nello sputo.
Presse Méd., 3 mar. — T. ALAJONCAUINE e B. THUREL. La nevralgia facciale.
Rinasc. Med., 28 feb. — G. LA CAVA. Tetano localizzato in profilassato.
Minerva Med., 3 mar. — Numero sulla tbc.
Paris Méd., 3 mar. — Numero sulla sifilide e le mal. veneree.
Klin. Woch., 3 mar. — P. MORAWIZ. Vitamina del pigmento. — W. BORGARD e J. HERMANNSEN. Esame dell'attitudine allo sport.
Deut. Med. Woch., 2 mar. — KOLLE e KÜSTER. Il bacillo tbc. nel sangue circolante.
Münch. Med. Woch., 2 mar. — UNVERRICHT. Vizi valvolari cardiaci e sport. — F. FISCHLER. Profilassi del gozzo con sale grezzo. — A. BURESCH. Trattam. dell'ipertireosi con diiodotirosina.
Practitioner, mar. — Numero sulla sterilità. — H. R. DAVIES. Principi generali del trattam. della tbc.
Cl. Med. It., gen. — G. MONASTERIO. Cosidetto « diabete per neutralizzazione ». — M. BASSI. Preparati ipotensivi.
Med. Paisos Cál., feb. — F. TORRES CAÑAMARES. « An. maculipennis » e sue razze. — A. BARBOSA. Trattam. della malaria con atebrin.
Rev. de Méd., feb. — P. SÉE. La clinica e la febbre ondulante.
Surg., Gyn. a. Obst., 15 feb. — Resoconto del 23° Congresso clinico del Collegio americano dei chirurghi.
Rif. Med., 24 feb. — M. SORRENTINO. Cura chirurgica dell'incontinenza d'urina nella donna.
Deut. Med. Woch., 9 mar. — BERNER. Posizioni anormali degli organi e difficoltà diagnostiche.
Riv. San. Sicil., 9 mar. — I. FAZZARI. Indagini e interpretazioni attuali nel campo dell'anatomia.
Wien. Klin. Woch., 9 mar. — V. RUSS. Morbo di Bang nell'uomo.

Indice alfabetico per materie.

Anafilassi in tessuti isolati .... *Pag.* 672
Apicolisi: tecnica .... » 663
Appendicite pelvica .... » 647
Artriti anchilosanti ipercalcemiche; paratiroidectomia .... » 661
Artriti purulente: trattam. col metodo di Willems .... » 661
Artriti sacrali .... » 658
Asma e potassiemia .... » 672
Associazione della Stampa Medica Italiana .... » 674
Bibliografia .... » 666
Enuresi: cura .... » 671
Espettorazione: fisiologia e farmacodinamica .... » 662
Giurisprudenza sanitaria: quesiti ... » 673
Glutine: la scoperta del — .... » 666
Gravidanza: contenuto calcico della mastoide .... » 677
Liquido pleurico: mucina .... » 672
Malaria quartana: il mistero della — . » 657
Milza: torsione sul peduncolo; sindrome appendicolare .... *Pag.* 650
Nefrite anafilattica .... » 669
Nefrite: tipi e loro cura .... » 669
Nefralgia ematurica essenziale ..... » 670
Nefrosi lipoidea e suoi rapporti con la nefrite glomerulare .... » 668
Pionefrosi da tifo .... » 670
Poliartrite reumatica, terapia salicilica e alterazioni renali .... » 670
Reni: tubercolosi .... » 668
Reumatismi articolari acuti e cronici: reperti batterici .... » 660
Rosso Congo: azione sulla piastrinopenia e sull'eritropoiesi .... » 643
Sierosite circoscritta sottojacksoniana . » 656
Sordità progressiva: psicologia ..... » 664
Trachea: corpo estraneo introdotto per via traumatica .... » 663
Uremia: tentativi di cura chirurgica . . » 670
Ustioni: formazione dei principi tossici » 672
Zucchero di legno .... » 672

C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 7 Maggio 1934 - XII Num. 18

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Note e contributi: F. Tronchetti: Il pneumotorace spontaneo.

Osservazioni cliniche: T. Blefari Melazzi: Discussione clinico-radiologica su due casi di tumore della testa del pancreas.

Tecnica chirurgica: G. Petta: Sul tubo a dimora e perduto nel coledoco.

Problemi discussi: L. Pichezzi: Determinismo del sesso. (Esperimenti controllati).

Rilievi e commenti: A. Chiasserini: A proposito dell'articolo del prof. G. Cavina: « Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica postoperatoria ».

Concezioni nuove: G. Montesano: Psicologia biologica e psicopatologia.

Sunti e rassegne: SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI: Jagic e Klima: Clinica e terapia delle diatesi emorragiche. — I. Roskam: Porpore emorragiche e trombopenia. — P. Emile-Weil e P. Isch-Wall: Gli accidenti buccofaringei dei leucemici. — ORGANI DIGERENTI: Th. E. Hess Thaysen: La steatorrea idiopatica. La sprue tropicale e non tropicale e l'infantilismo intestinale. — Stanley B. Thomas: Simpatectomia addominale per megacolon congenito e descrizione di un caso curato. — MISCELLANEA: D. Denechau e R. Bonhomme: L'intossicazione acuta dei barbiturici ed il suo trattamento. — H. Buschbeck: Nuovi orizzonti per la terapia ormonica in ginecologia.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Lombarda di Medicina. — Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Rapporti del lupus erythematodes con le malattie interne. — Amebiasi cutanea. — Etiologia e cura dell'acne rosacea. — Il trattamento locale dell'alopecia areata. — Trattamento dello zona. — Il cloruro di ammonio nel trattamento della sclerodermia. — Cura dei decubiti coll'acido tannico. — Il trattamento delle ustioni col verde-brillante. — Acriflavina parenterale nella cura della gonorrea. — SEMEIOTICA: Da due cose è riconoscibile una trombosi della vena porta dopo colecistectomia. — MEDICINA SCIENTIFICA: Rapporti fra la reazione chimica dell'urina ed i batteri urinarî. — VARIA.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

Direttore: Prof. C. LOTTI.

Il pneumotorace spontaneo.

Dott. F. TRONCHETTI, assistente vol.

Trent'anni or sono due tipi di pneumotorace erano descritti nei trattati: uno era il pneumotorace sopraveniente come complicanza della tubercolosi polmonare, e veniva considerato come affezione assai grave; l'altro era invece un accidente senza molta gravità, insorgente per lo più nelle persone giovani ed in apparente buona salute, chiamato perciò pneumotorace semplice o dei coscritti.

* * *

Che la grande maggioranza dei pneumotoraci insorga come complicanza della tubercolosi polmonare è ben noto.

Palmer e Taft affermano che tale eziologia si trova nell'80-90 % dei casi negli adulti, nel 40-50 % nei bambini.

Mosteim, nella Clinica di Heidelberg, ha osservato 50 casi di pneumotorace, di cui solo due sicuramente non dipendenti da tubercolosi.

Weisz dà come cifra media dell'origine tubercolare l'85 %, West il 60 %, Bach il 70 %, Berri l'80 %.

Nei bambini il pneumotorace tubercolare sarebbe più raro.

Secondo la statistica raccolta nella tesi di Lentz il 40 %, e secondo quella di Czarnowska il 39 % dei pneumotoraci dell'infanzia sasebbe sostenuto da lesioni specifiche.

Come risulta da questi dati, resta una percentuale non indifferente di pneumotoraci dovuti ad altre malattie all'infuori della tubercolosi.

Secondo la statistica di Stoloff, completa fin dal 1844, il secondo posto per frequenza spetterebbe alle forme acute polmonari col 37.7 %. Specialmente nella broncopolmonite l'insorgenza di questa complicanza fu assai

di frequente osservata, e questa è infatti la causa più d'ordinario segnalata nel pneumotorace dei bambini.

Gli AA. che hanno descritto tale complicanza nel corso della polmonite e della broncopolmonite sono numerosi. Menetrier e Pascano, De Elizalde, Velasco Blanco e Echegaray, Hann, Jones, Strauss, Tolstoi e Corke Johnson (10 osservazioni), Weber (3 osserv.), Prym, Vitetti, Gardère e Savoye, riferiscono casi di Pnx. insorto o nel corso dell'affezione acuta o come complicanza post-pneumonica. Anche Lereboullet-Lelong e Chabrun descrissero un pneumotorace recidivante in un caso di polmonite.

Oltre che nelle due suddette forme morbose e nelle loro successioni, quali l'ascesso polmonare, anche in molte altre affezioni si è visto insorgere un pneumotorace; ad esempio in seguito ad infarti, ad enfisema polmonare, ad asma, a gangrena polmonare, ecc.

Fouquier per primo descrisse un pneumotorace dovuto alla rottura nella cavità pleurica di una cisti di echinococco del polmone.

Anderson, Ugon, Hillemand, Cordier e Callaud, Griffiths, Bocalagho e Tonasesco, Rodriguez, Bernon, Morelli ne descrissero un caso ciascuno. Botello ne osservò due casi e Dévé nel 1925 riuscì a raccoglierne 21 casi.

Bonnamour e Grandmaison descrissero un caso di Pnx. nel corso di un cancro dell'esofago che aveva causato un ascesso del polmone. Bantz osservò questa lesione in un ragazzo affetto da poliomielite anteriore e la attribuì allo squilibrio di potenza esistente fra i muscoli espiratori del torace indeboliti ed i muscoli inspiratori ausiliari del collo ancora ben funzionanti, sì che molta aria veniva compressa nel polmone che, dopo essersi fatto enfisematoso, si ruppe.

Weill, Hallé e Koang, Caussade e Gélas descrissero due casi di Pnx. dovuti a lesioni sifilitiche del polmone.

Brulé, Huguenau e Billamin osservarono la insorgenza del pneumotorace in un minatore affetto da pneumoconiosi, ed un altro caso simile è stato descritto da Gravier, Moulinet e Leviat.

Nel 1920 Cesarini osservò un Pnx. nel corso del tifo, evenienza rarissima di cui nella letteratura ho trovato solo un altro caso, quello di Vera nel 1924.

È inoltre da tener presente che l'aria può penetrare nella cavità pleurica anche per altre vie oltre quella polmonare.

Tralasciando i casi dovuti a ferite penetranti del torace, l'aria può provenire da visceri vicini, come ad esempio, lo stomaco.

Gasbarrini vide una giovane donna in cui, in seguito a perforazione gastrica, i gas avevano invaso la cavità pleurica sinistra spostando notevolmente gli organi mediastinici. Piccinino e John & Naegeli riportano un caso simile.

Che anche un trauma possa essere causa diretta ed unica di un pneumotorace è facilmente comprensibile; ma non molto numerosi sono i casi descritti, perchè se il trauma interviene spesso come causa determinante, per lo più il polmone o la pleura erano già lesi da malattie in atto o pregresse, sì da togliere al trauma stesso ogni importanza eziologica che non sia quella puramente occasionale.

Casi dovuti esclusivamente a trauma sono quelli provocati da frattura delle ossa della gabbia toracica, quando frammenti o monconi di queste ossa ledano la superficie del polmone, come nei due casi descritti da Harvey.

È da ricordare infine un altro gruppo di pneumotoraci spontanei e cioè quelli che insorgono durante la pratica di un pneumotorace artificiale. Tali casi sono rari, ma non rarissimi.

Forlanini ne vide 8 su 139, Naveau 9 su 817, Burmond 14 su 300. Ferrari, che ha raccolto le statistiche, afferma che tale complicanza insorge nel 5 % dei pazienti trattati.

Va inoltre notato come il pneumotorace può aversi in seguito a svuotamento rapido di un versamento pleurico a causa della brusca diminuzione della pressione endotoracica.

*
**

Un notevole interesse presenta il pneumotorace spontaneo che insorge in individui apparentemente sani. Corcoux e Lereboullet fanno notare che, fin da tempi relativamente lontani, esistono numerose osservazioni rassomigliantissime fra loro per molti tratti, i cui caratteri essenziali sono: apparizione del pneumotorace in soggetti sani, benignità, assenza di ulteriori manifestazioni tbc. È appunto tale concordanza di osservazioni che ha fatto ammettere un tipo di Pnx. nettamente distinto dalla forma tubercolare.

Nella tesi di Proust e nella tesi di Argry (1887) si trovano riuniti molti casi di pneumotorace semplice, guariti in poche settimane, senza che ci si potesse riferire alla tubercolosi nè ad alcuna altra affezione polmonare.

L'anno successivo (1888) Gaillard, in un articolo sul penumotorace semplice e la sua curabilità, isolò nettamente questa forma e riunì tutte le osservazioni anteriori, circa trenta.

Queste osservazioni mancavano naturalmente del controllo radiologico e del corredo de-

gli altri esami di laboratorio, ma l'evoluzione estremamente benigna, la guarigione perfetta dei soggetti, fecero ammettere quasi con certezza, che non si trattava di lesione specifica.

Nikolski nel 1912 raccolse 147 casi di pneumotorace semplice, mettendo in evidenza come la guarigione fosse la regola dopo una durata media di 43 giorni e come la patogenesi fosse sconosciuta.

Dorendorf riferisce parecchie osservazioni di pneumotorace in soggetti apparentemente sani e conclude per l'esistenza di un pneumotorace non tubercolare.

Friesdorf riunisce 177 casi simili, ed anche Kabin non crede appurata in ogni caso la partecipazione della tubercolosi.

Altri autori in seguito si sono dimostrati nettamente favorevoli alla tesi dell'esistenza di pneumotoraci spontanei non tubercolari, appoggiandola con l'osservazione di numerosi casi (Fussell e Riesmann, Cahn, Lewald, Kjaergaard con 51 casi, Pracchi, Leuret, Laporte, Page e molti altri).

Se le osservazioni cliniche sono state assai numerose, le osservazioni anatomo-patologiche sono scarsissime, conoscendosi solo tre casi in cui fu esclusa assolutamente la tbc. (Ranking 1860, Hayashi 1915, Fischer 1922).

In questi ultimi tempi le osservazioni di tali casi di pneumotorace insorgente in individui non affetti da tubercolosi nè da alcuna altra malattia polmonare, clinicamente dimostrabile, si sono fatte sempre più numerose.

Tali casi hanno avuto di regola un decorso così benigno e rapido da dovere essere clinicamente distinti dagli pneumotoraci sicuramente tubercolari.

Questa maggior frequenza non deve destare meraviglia quando si pensi che molti di essi non sono rilevabili altro che all'esame radiologico e che perciò, prima dell'introduzione di tale mezzo diagnostico, non potevano venire accertati.

I caratteri essenziali di questo pneumotorace sono:

1) che insorge in giovani apparentemente sani, nei quali nè tbc. nè altre malattie polmonari possono essere dimostrate;

2) che ha un decorso benigno, afebbrile, senza formazione di essudato pleurico;

3) che la lesione ha una spiccata tendenza alla guarigione spontanea.

Molti furono i nomi con cui è stato designato dai vari AA. Così Nikolsky, Emerson, Bach, Hamilton hanno parlato semplicemente di « pneumotorace spontaneo », altri (Boland, Landis) di « pneumotorace idiopatico », altri (Bevan, Stevens), forse colpiti dall'inizio talora insidioso, lo hanno chiamato latente o ad inizio insidioso (Pepper) o muto (Valdizdjian) o « silenzioso » (Adler) .

Coghlan, Beewa, riferendosi al decorso di tale forma, lo designarono come pneumotorace a rapida guarigione; Fussel e Riesmann vollero implicare nel nome anche un concetto eziologico chiamandolo « spontaneo tubercolare ». Moltissimi autori, infine lo designano come « pneumotorace spontaneo semplice ». Forse nessuno di questi nomi soddisfa pienamente; io credo sia utile chiamarlo, come alcuni Autori fanno (Weber, Hall, Kjiaergaard, ecc.) « pneumotorace spontaneo negli individui apparentemente sani »; perchè tale definizione, non riferendosi alla eziologia, sempre difficile e talora impossibile a scoprirsi, indica chiaramente la caratteristica più importante di tale forma e più difficilmente delle altre denominazioni può dar luogo ad equivoci.

*
* *

La questione più importante, ed oggi la più discussa, che riguarda tale forma di pneumotorace è quella che si riferisce alla eziologia.

La grande somiglianza dei vari casi che volta a volta vengono descritti fa inclini ad ammettere una causa comune; ma è molto difficile il sapere quale sia questa causa, anche perchè, dato il carattere benigno della lesione, è rarissimo poter aver reperti anatomici, fino ad ora essendone conosciuti solo 6 (Rankring, Pitt, Hajasha 2, Brunner, Fischer).

Varie sono le opinioni degli Autori a tale proposito. Alcuni hanno sostenuto che la causa sia una tubercolosi latente non dimostrabile (Mackie, Cummer, Reiche, Dorendorf, Labro); talvolta la rottura di una vescica enfisematosa sulla base della tbc. (Brünniche, Ljungdalh).

Altri sostengono che tali penumotoraci siano dovuti alla rottura di una vescicola enfisematosa semplice non causata da tubercolosi (Dowell, Balliard, Kilemperer, Coodhard, Levison, Fussell e Riesmann, Cahn, Lewanld, Friesdorf). Altri infine hanno voluto dare al fattore « sforzo » una importanza assoluta.

*
* *

È noto come molti pneumotoraci spontanei insorgano o durante od in seguito ad uno sforzo fisico, sì che l'importanza di tale fattore non può venire trascurata. « Secondo i fisiologi classici, nello sforzo avverrebbe una inspirazione profonda seguita da chiusura della

glottide, da contrazione dei muscoli espiratori, da irrigidimento del tronco, fatti che avrebbero come conseguenza un notevole aumento della pressione endotoracica ». Se anche tale azione complessa si verificasse appare però impossibile che la pleura normale possa rompersi per tale meccanismo (De Negris-Marella).

West ha fatto numerosi esperimenti insufflando *post mortem* polmoni in sito, ed ha constatato come la pleura non si rompa finchè la pressione non superi i 200 mm. di mercurio, ed in vita non è mai possibile raggiungere tale elevata pressione. D'altra parte Pieraccini ha negato che durante lo sforzo la pressione endotoracica aumenti.

Le sue esperienze di controllo su individui tracheotomizzati, hanno messo in evidenza che durante lo sforzo fisico la pressione endotoracica si mantiene eguale a quella dell'aria-ambiente.

Inoltre pare difficile ammettere che una pleura assolutamente normale possa rompersi per uno sforzo, quando si pensi che i casi di pneumotorace sopravvenuti in travaglio di parto, momento in cui l'organismo compie uno sforzo eccezionale, sono rarissimi (Wilks, Bull, Zenhot, Szenes).

Diez, per spiegare alcuni suoi casi, ha sostenuto l'idea che « l'aumento della pressione endotoracica possa conseguire anche a cause che dipendano all'organismo stesso, e cioè a modificarsi della gabbia toracica derivanti da speciali atteggiamenti assunti dall'individuo durante lo sforzo ».

In conclusione credo si possa ritenere che quest'ultimo da solo non sia sufficiente a determinare la rottura della pleura, ma che occorra che la pleura stessa presenti qualche *locus minoris resistentiae*, anche minimo. Forse qualche raro caso si potrebbe spiegare invocando il solo fattore sforzo; ma rimarrebbero ancora tutti quei casi, più numerosi, in cui questo fu piccolissimo, e quelli, assai frequenti, su cui Palmer e Taft insistono, nei quali il pneumotorace insorge in pieno riposo e talvolta anche nel sonno.

Che pazienti portatori di enfisema polmonare di grado così piccolo da non essere clinicamente dimostrabile, possono avere un pneumotorace spontaneo, è provato; ma è provato pure che ciò accade molto difficilmente. Anzitutto è da tener presente che anche in pazienti che abbiano un enfisema notevole il pneumotorace è evenienza rara benchè l'enfisema, più o meno accentuato, sia assai comune.

Nella statistica di Biach su 918 casi, tale origine fu accertata in soli 7 casi.

Questa rarità è però sorprendente, quando si pensi alla spiccata distensione ed atrofia del tessuto polmonare nell'enfisema, distensione ed atrofia che portano ad un assottigliamento notevole delle pareti alveolari.

Zahn, che fece delle misurazioni a questo riguardo, trovò che la grossezza della parete alveolare più la pleura è normalmente 0,13 = 0,24 mm. mentre nei polmoni enfisematosi è diminuita fino 0,05 = 0,03 mm.

Il primo caso di pneumotorace apparentemente senza causa, dovuto ad enfisema, fu descritto da Devilliers nel 1826. Casi simili sono stati riportati poi da Church, Winge, Mackenzie, Labin, Stevens, Orthe, Bach.

Anche pneumotoraci bilaterali causati da enfisema sono stati descritti da Massini e Schömberg, Emerson, Buler.

È ben raro però che l'enfisema non possa essere dimostrato ad un esame accurato del paziente, o che per lo meno non possono esser messe in evidenza malattie che all'enfisema predispongono, quali la bronchite cronica o l'asma, di modo che la maggior parte di tali casi non dovrebbero a regola rientrare in questo gruppo del pneumotorace insorgente in individui apparentemente sani.

* * *

Si è visto come molti AA. ammettano come causa eziologica una tubercolosi latente, non dimostrabile.

È certo che il pneumotorace dovuto alla Tbc. in atto, anche se latente, ha un decorso e presenta delle complicanze che assai facilmente ci permettono la diagnosi di natura. Tuttavia non di rado si hanno dei casi in cui solo dopo molto tempo dall'insorgenza del pneumotorace si può vedere svilupparsi una tubercolosi polmonare, fino allora così minima da essere impossibile metterla in evidenza.

D'altra parte ci sono dei casi in cui la Tbc. può provocare un pneumotorace per rottura di una vescicola enfisematosa in area di enfisema vicario o meccanico o conseguenza di un fatto distrofico per cattiva irrorazione e nutrizione locale del tessuto (Frugoni); non avendo per questo nè il decorso, nè le complicanze, nè il significato, sempre piuttosto serio, comuni alle forme Tbc.

Due casi di questo genere, con autopsia, furono riportati da Brünniche nel 1856 e da Rheder nel 1866. Più recentemente furono de-

scritti da Moillerström, Buttmann, Wagner, West, Spengler, ed altri. Ma in quasi tutti questi casi, si potè, dopo un tempo più o meno lungo, mettere in evidenza la lesione tubercolare.

Bisogna però tener presente i molteplici reliquati che una tubercolosi pregressa e guarita può avere lasciato alla superficie polmonare ed alla superficie pleurica, (cicatrici, aderenze, ecc.), reliquati che offrono una condizione favorevole all'insorgenza di un pneumotorace in seguito a cause occasionali anche piccole. Tali casi avranno un decorso senza complicanze, benigno, tanto che la vera eziologia molte volte potrà sfuggire o solo venir sospettata.

Specialmente i casi dovuti a strappamento di aderenze residue di processi pleuritici, i quali processi sono talvolta così minimi da non essere neppure avvertiti dal paziente, non sono eccessivamente rari.

Credo interessante a questo proposito esporre i due venuti sotto la mia osservazione.

CASO I. — C. Bruno, di anni 20, da Pisa.

Entra in Ospedale il giorno 20-XI-1932. Niente nell'anamnesi familiare e personale remota. Ha goduto sempre ottima salute fino al 1° novembre u. s. In tale giorno, al mattino, avendo un colpo di tosse, provò un violentissimo dolore alla base dell'emitorace sinistro, dolore che dopo circa un'ora si attenuò; ebbe contemporaneamente anche modica dispnea che in breve scomparve. Allettatosi, in questi 20 giorni non ha mai notato presenza di febbre, nè di altri disturbi particolari. Il dolore, benchè modico persiste tuttora, esacerbandosi durante gli atti respiratori, coi colpi di tosse, coi movimenti del paziente. Da circa 10 giorni è comparsa di nuovo modica dispnea che si accentua se il malato compie anche piccoli sforzi. Persistendo tale sintomatologia viene al nostro Istituto.

Stato attuale: Giovane di buona costituzione fisica, masse muscolari trofiche e toniche, pannicolo adiposo sufficiente. Temperatura: 36°,8; pulsazioni 75; respirazioni 27.

Niente di notevole all'esame del capo e del collo.

All'esame del torace si nota che l'emitorace di sinistra è leggermente più grande di quello di destra, e si espande meno durante gli atti respiratori.

Cuore: area precordiale di aspetto normale. L'ictus non si vede nè si palpa; si fissa con la percussione 2 cm. all'infuori della marginale destra dello sterno, nel IV spazio intercostale. I diametri non sono modificati. Alla ascoltazione i toni si apprezzano un po' oscuri.

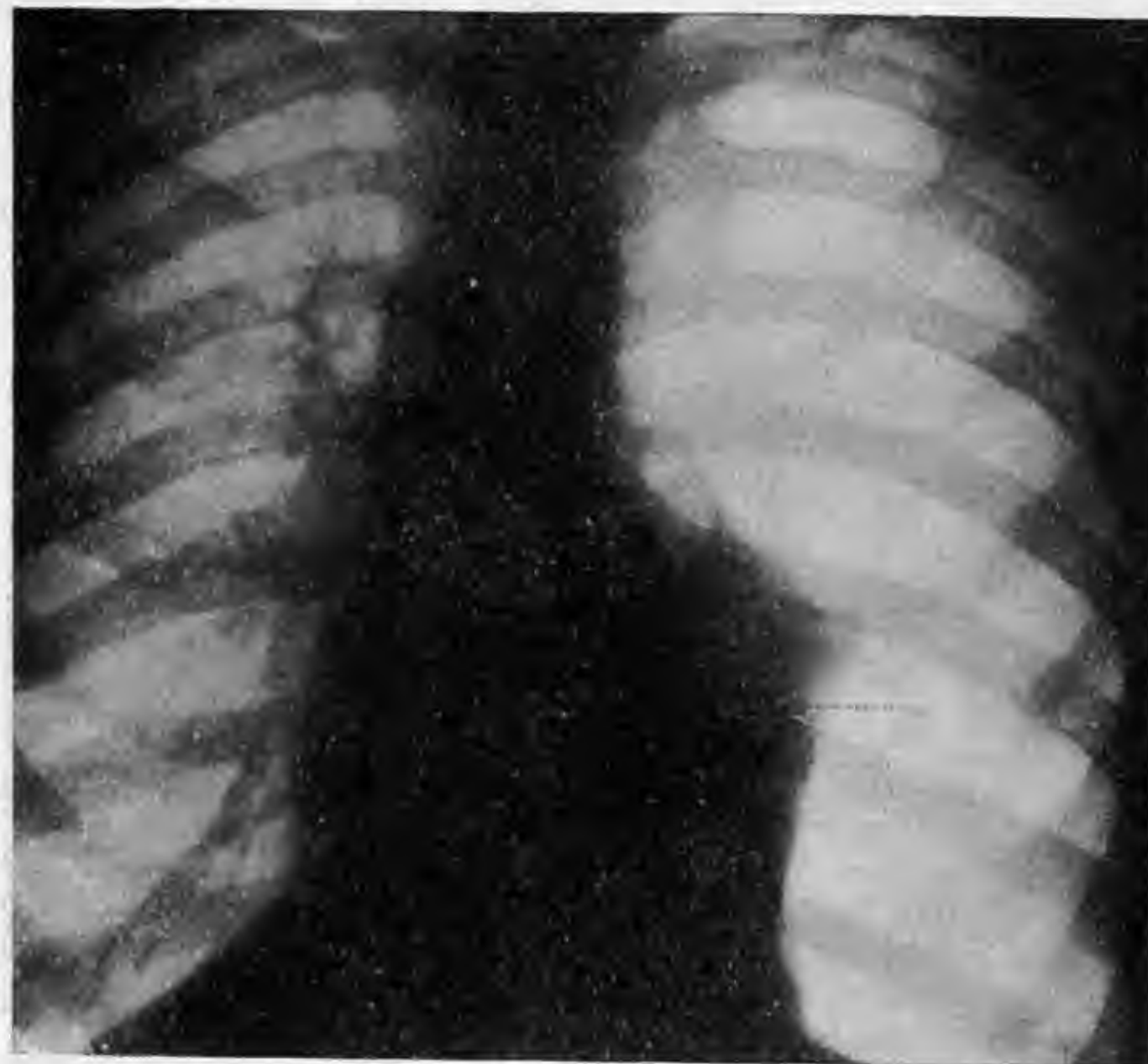
App. respiratorio: Oltre alla minore espansibilità dell'emitorace sinistro, si nota che sullo stesso emitorace il fremito vocale tattile è diminuito. Alla percussione dell'emitorace sinistro il suono si fa sempre più timpanico procedendo dall'apice verso la base, fino a farsi marcatamente timpanico alla base stessa. Alla ascoltazione, a sinistra, si apprezza respiro modicamente soffiante nelle parti alte; in basso il respiro ha carattere anforico, con timbro spiccatamente metallico.

Sull'emitorace di destra respiro leggermente aspro.

Niente di notevole all'esame delle altre regioni del corpo.

Cutireazione: positiva.

Esame dell'espettorato: negativo per il bacillo di Koch.

Con i dati dell'anamnesi e dell'esame obiettivo era facile porre la diagnosi di pneumotorace; confermata dall'esame radiologico, che dette il seguente reperto: pneumotorace totale sinistro; polmone totalmente collassato all'ilo. Si nota la presenza di un'aderenza parietale, situata verso la base, che unisce il polmone alla parete toracica. A carico del polmone di destra si nota un disegno vascolare molto marcato (v. Rad. I).

RADIOGRAFIA 1.

Nei giorni successivi il paziente fu tenuto a riposo assoluto; e le sue condizioni andarono rapidamente migliorando. Non fu mai notata presenza di febbre, nè di essudato pleurico. Il dolore e la dispnea scomparvero, l'aria contenuta nella cavità pleurica fu riassorbita rapidamente.

Il paziente venne dimesso dopo 33 giorni, perfettamente guarito; fu visitato in seguito altre volte, e fu riscontrato in ottima salute.

La storia del malato ed il decorso così benigno fanno subito pensare ad una di quelle forme denominate: Pnx. spontaneo in individui apparentemente sani.

Per chiarire l'eziologia di questo pnx. va tenuto presente l'esame radiologico, in cui si vede una robusta briglia aderenziale. Questo sta ad indicare come quella pleura non fosse più nelle condizioni normali di integrità, ma che aveva subito un processo infiammatorio, sfuggito all'attenzione del malato. Una parte di questa briglia, od anche un'altra piccola aderenza, sotto lo sforzo del colpo di tosse, si era strappata, ledendo la superficie polmonare, e provocando il pneumotorace. L'eziologia di questo caso viene ad essere così riportata alla tubercolosi, benchè il paziente abbia sempre goduto ottima salute. Questa osservazione dimo-

stra come anche le forme di Pnx. insorgenti in individui apparentemente sani hanno spesso una eziologia tubercolare; ma che è giusto tenerle distinte dalle forme gravi del Pnx. tbc. per il loro decorso assolutamente benigno.

CASO II. — C. Antonio, di anni 60, coniugato, con prole. Entra in Ospedale l'1-IX-30.

Dall'anamnesi familiare risulta che una sorella è morta per tbc.

È stato sempre bene fino al maggio 1930. Si ammalò allora di pleurite essudativa destra, decorsa con febbre alta (39°) a tipo remittente. Fu praticata la toracentesi e fu estratta una abbondante quantità di liquido, che il paziente riferisce essere stato limpido e di colore giallo citrino. Da quel tempo la temperatura è sempre persistita modica e con poche variazioni; in questi ultimi tempi è un po' diminuita, restando anche per qualche giorno apirettica. Da tre o quattro giorni, senza nessuna causa apparente ha cominciato ad accusare affanno notevole, anche nel riposo, e contemporaneamente modici dolori all'emitorace destro. Persistendo tale dispnea viene al nostro Istituto.

RADIOGRAFIA 2.

Esame obiettivo: Uomo in non buone condizioni generali. Temperatura 37°; pulsaz. 100; respirazione 28; tosse frequente con scarso espettorato.

All'esame del torace si nota che la base di destra è leggermente più svasata della corrispondente di sinistra. Alla percussione di detta base si mette in evidenza una zona circoscritta di timpanismo accentuato, che non si modifica con i cambiamenti di decubito del malato, nè in rapporto alla apertura o chiusura della bocca. Alla ascoltazione respiro aspro su tutti e due gli emitoraci; silenzio respiratorio alla base di destra.

Niente di anormale all'esame delle altre regioni del corpo.

Cutireazione: fortemente positiva. Espettorato: negativo per il bac. di Koch.

All'esame radiologico si nota un pneumotorace circoscritto alla base di destra; compressione ed atelectasia quasi completa del lobo inferiore.

Estese aderenze pleuriche su tutto l'emitorace di destra. Noduli calcificati su ambedue i polmoni. Disegno bronchiale ben evidente.

Dopo alcuni giorni di degenza il dolore e la dispnea scomparvero, l'aria del Pnx., si riassorbì lentamente, ed il lobo inferiore del polmone destro potè riespandersi. Mai presenza di essudato.

È chiaro che in questo caso si tratta di un soggetto specifico, ed il pneumotorace è evidentemente di natura tubercolare, provocato dalla rottura di una di quelle molteplici aderenze residuate dal processo pleuritico recente, ed ancora non molto solidificate, sì da potersi rompere anche per un minimo sforzo. Che l'inizio sia stato così poco brusco, che il dolore sia stato così modico, si può ben spiegare ammettendo una perforazione piccolissima, come starebbe a dimostrarlo la modica quantità d'aria nel cavo pleurico. Che la dispnea sia stata moderata all'inizio è spiegabile con la parzialità del Pnx.; essa è andata aumentando perchè l'aria continuò ad entrare dalla piccolissima perforazione, probabilmente a valvola; non potendo diffondersi a causa delle aderenze, ha compresso sempre più il lobo inferiore del polmone, dando luogo alla dispnea crescente. La mancanza dell'essudato è frequente nelle forme dovute a strappamento di aderenze, in cui, a livello della lesione, raramente si trova un focolaio virulento tbc.

Ho creduto interessante riferire questo caso, in quanto dimostra come esistano delle forme di Pnx. evidentemente tubercolari, in cui il decorso è benigno a causa delle particolari condizioni patogenetiche.

Si tratta inoltre di un pneumotorace in individuo anziano, di 60 anni, evenienza questa assai rara, tanto che Schlesinger, che ha studiato le malattie pleuriche e polmonari dei vecchi, ne ha veduto un sol caso, e pochi sono quelli riportati nella letteratura.

(*Continua*).

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Radiologia della R. Università e dell'Ospedale al Policlinico Umberto I di Roma.

Direttore: prof. A. Busi
Primario: prof. U. Nuvoli.

Discussione clinico-radiologica su due casi di tumore della testa del pancreas (*)

per il dott. Teofilo Blefari Melazzi, aiuto v.

T. E., anni 65, donna di casa.

Gentilizio indenne. È stata sempre bene in passato. Quattro gravidanze condotte a termine.

Da 3 anni soffre dolori epigastrici a digiuno, che si calmano se ingerisce cibo. Non accusa sofferenze nel periodo in cui si sottopone a dieta lattea. Mai vomito, non ematemesi, nè melena. Il dolore ha carattere stagionale: sopraggiunge in primavera e scompare di estate. Non itterizia. Alvo piuttosto stitico. Spesse volte dolore epigastrico di notte. Non si è dimagrita in detto periodo.

Ai primi di novembre u. s. diarrea profusa con feci gialle grasse, untuose, durata circa 15 giorni. Cessata la diarrea comparve itterizia e prurito cutaneo.

E. O. Ittero flavo delle sclere e della cute. Torace e cuore nulla di notevole. Addome: fegato in alto al quarto spazio sull'emiclaveare, deborda in basso di circa 3 dita, a margini duri, rotondeggianti, indolenti. Nella regione paraombelicale destra si palpa una tumefazione ovalare con grande asse rivolto in senso longitudinale della grandezza di un grosso limone, mobile, di consistenza duro-elastica, di superficie liscia. Milza nei limiti.

Esami di laboratorio.

Urine colore marsala, con presenza di urobilina e di pigmenti biliari. Albumina presente in traccie. Zucchero assente. Nel sedimento non si rinvengono elementi renali patologici.

Feci. Cretacee, untuose, pastose.

R. W.: negativa. Wan den Bergh diretta positiva (difasica), indiretta ritardata.

Viene inviata alla indagine radiologica con diagnosi di « cancro della testa del pancreas ».

L'indagine radiologica della regione epatica da me eseguita ha mostrato l'ombra della cistifellea nettamente visibile e ingrandita. La prima porzione del duodeno si presenta costantemente deforme con grossa immagine di nicchia dovuta verosimilmente a lesione ulcerativa. La concavità dell'ansa duodenale si presenta normale e non allargata dalla testa del pancreas.

Sulla terza porzione del duodeno in corrispondenza dell'angolo di Treitz, esiste un grosso diverticolo che per la sua sede è probabilmente intrapancreatico.

Fig. 1. — Stomaco a piccolo riempimento, con compressione dosata per lo studio delle pliche mucose. — *a*) colecisti direttamente visibile e grande.

Fig. 2. — Lo stesso caso: nicchia da ulcera del bulbo duodenale. Sporge sulla piccola curvatura gastrica nella regione antrale una immagine diverticolare, dovuta al diverticolo della terza porzione del duodeno.

Con la tetraiodo non si è avuta alcuna opacizzazione della colecisti. I dati radiologici potrebbero quindi deporre per una stasi biliare dovuta a periduodenite, o a pancreatite sclerotica. Che l'ansa duodenale non sia dilatata non esclude tuttavia una neoplasia della testa del pancreas (forma iniziale o forma scirrosa senza ingrandimento dell'organo). fig. 1ª, 2ª, 3ª e 4ª.

Reperto operatorio: prof. Puccinelli: 24-I-1933.

« Anestesia locale della parete; taglio transrettale destro.

Fegato molto grande dall'aspetto della stasi biliare, cistifellea grandissima; si svuota con un tre quarti, togliendo circa 400 cc. di liquido mucoso leggermente tinto di bile, quasi incolore.

Si ispeziona la regione sottoepatica, e si trova che la prima porzione duodenale è deformata ed indurita; un paio di centimetri dal piloro una zona con i segni dell'ulcera. La concavità del-

(*) Comunicazione alla XVI Riunione del Gruppo Radiologico Centro-Meridionale in Roma il 12 febbraio 1933.

l'ansa duodenale e cioè la regione della testa del pancreas è ampliata da una massa durissima, irregolare, con nodi anche più duri, che alla palpazione dà la sensazione di una massa neoplastica.

FIG. 3. — Lo stesso caso: il diverticolo della terza porzione del duodeno appare con il suo peduncolo ed in esso le pliche.

Dato tale reperto si conclude che l'unico intervento appropriato è la colecisto-gastrotomia, che si esegue con tre piani di seta tra la parte bassa

FIG. 4. — Lo stesso caso: l'ansa duodenale non appare ampliata nè deformata. Sull'angolo duodeno-digiunale appare il diverticolo col disegno delle pliche mucose. Colecisti grande e direttamente visibili.

della cistifellea e la parete anteriore della regione antrale.

La cistifellea incisa lascia vedere l'aspetto a fragola.

Reperto: neoplasma della testa del pancreas. Colecistogastrostomia ».

Il caso appare interessante come documentazione di quello che può rendere l'indagine radiologica nello studio delle affezioni addominali. Difatti l'ulcera duodenale fu scoperta radiologicamente e fu confermata poi operatoriamente, mentre era sfuggita all'indagine clinica. Così fu rilevata radiologicamente la presenza del grosso diverticolo della terza porzione del duodeno, e fu confermato che la massa palpabile al di sotto del bordo epatico fosse la colecisti ingrandita e direttamente visibile ai raggi X.

Ma nulla ci dice intorno alle alterazioni pancreatiche, essendo il pancreas un organo che non dà segni radiologici diretti, ed i segni indiretti cui le affezioni pancreatiche possono dar luogo, mancano nel nostro caso, se si eccettui la stasi biliare; in quanto la concavità dell'ansa duodenale non è slargata, nè deformata in modo evidente per compressione da ingrandimento della testa del pancreas, nè per infiltrazione dovuta a propagazione del tumore.

Il chirurgo invece avrebbe trovato l'ansa duodenale più ampia che di norma per la presenza di una massa durissima a carico del pancreas, che alla palpazione dava la sensazione di un neoplasma.

L'affermazione del chirurgo circa l'ampiezza dell'ansa duodenale a me sembra che debba essere posta in discussione, perchè lo slargamento dell'ansa duodenale, se esiste, deve apparire non solo all'intervento, ma anche radiologicamente.

Nè sono apparsi deformazioni o spostamenti a carico dello stomaco e del colon, che possono verificarsi per compressione estrinseca esercitata dal tumore della testa del pancreas.

Manca anche quella condizione patologica, che non di rado si verifica nelle affezioni acute del pancreas, e cioè la presenza di gas nello stomaco, nel duodeno e nel colon trasverso, dovuta ad una ipotonia delle pareti viscerali a causa del processo morboso contiguo (Hulten). per cui si avrebbe l'immagine di una cornice gassosa nella quale sarebbe direttamente visibile e compreso il pancreas. Ma la pancreatite acuta è da scartare nella nostra inferma, perchè mancano i segni clinici che la caratterizzano.

In realtà la diagnosi di cancro della testa del pancreas era clinicamente suggestiva, per l'età della paziente, l'inappetenza, il dimagramento rapido, la lienteria, l'ittero cronico da ritenzione, e noi non la escludemmo pur nell'assenza di segni radiologici a conferma, perchè forme iniziali di cancro della testa del pancreas, di regola scirrose, possono non deformare, nè ingrandire l'ansa duodenale contigua.

Però non possiamo escludere che possa trattarsi di una pancreatite sclerotica, consecutiva

ad una epatite, di cui abbiamo notizie nella anamnesi (sofferenze addominali da tre anni a volte di notte in sede epigastrica, in donna pingue, che ha superato il 40° anno di età, ha condotto a termine parecchie gravidanze, condizioni favorevoli ad uno stato ipercolesterinemico) e dal reperto della colecisti a fragola, poichè come è noto le colecistiti sono la causa predominante della pancreatite.

Nulla osta perchè un epatopaziente, con ulcera duodenale, possa ammalare di cancro del pancreas, i tre mali possono coesistere indipendentemente, ma nella ricerca della patogenesi delle malattie la patologia ci insegna che spesso il movente etiologico, specie nelle sindromi associate di affezioni addominali contigue è unico. Questo concetto patogenetico unitario nel caso in esame può essere risolto ammettendo, che la causa morbi (che fu anche causa mortis) consista in una colecistite, cui seguì la pancreatite, alle cui conseguenze tutto si lega.

Ciò ammettendo, si spiega l'ittero da stasi, l'idrope della colecisti e la sindrome pancreatica (steatorrea, etc.) per concomitante strozzamento del coledoco e del wirsunghiano.

L'intervento chirurgico, non avendo eseguito il prelevamento per biopsia dei moduli repertati a carico del pancreas, non ha portato in questo caso la luce desiderata e non ha risolto il problema patogenetico.

È importante notare che nel cavo addominale non furono riscontrate metastasi.

Nè la morte della paziente avvenuta di lì a un mese, chiarisce la natura della tumefazione a carico della testa del pancreas.

Il reperto operativo non ci dà notizie del diverticolo della terza porzione, che a noi parve fosse penetrante nel pancreas, perchè il chirurgo, la cui abilità operatoria è somma, giudicò non opportuna la ricerca. Il diverticolo era provvisto del colletto con pliche non solo del colletto, ma anche della mucosa, ed erano rilevabili movimenti peristaltici per la presenza di incisure sul contorno. Il suo riempimento è stato totale, nè era dolente. Si può escludere quindi un processo di diverticolite ed una infiltrazione neoplastica di esso.

In conclusione questo caso dimostra, che esistono tumori della testa del pancreas, anche discretamente sviluppati, come ci informa il reperto operatorio, i quali non danno alterazioni, nè deformazioni evidenti radiologicamente a carico dell'ansa duodenale che li circonda, nè a carico dello stomaco e del colon. Questa evenienza in realtà sembra possibile e trova la sua spiegazione solo per le forme iniziali di tumore della testa del pancreas in cui l'organo non è ingrandito.

Circa l'interpretazione del contrasto tra il reperto radiologico e quello operatorio non è facile formulare delle ipotesi; ci limitiamo a constatare e riconoscere quanto sia difficile stabilire il limite tra il normale e il patologico, per piccole variazioni dalla norma e ciò valga non solo per il criterio radiologico, ma anche per quello chirurgico, tanto più che detti apprezzamenti rientrano nelle valutazioni personali, e perciò non obbiettivabili.

La morfologia dell'ansa duodenale è mutevole oltre che per forma anche per ampiezza, in quanto l'angolo di Treitz può essere entro certi limiti abbassato più o meno (come ad esempio nel *duodenum liberum*) il bulbo duodenale può essere attratto in alto a destra per fatti aderenziali, ovvero può essere più in basso che di norma e la seconda e terza porzione possono aver subito spostamenti per compressione o per trazione, e questi elementi possono alterare quella che si ritiene essere la normale configurazione dell'ansa duodenale.

In conseguenza vorremmo dedurre, che se il risultato negativo dell'indagine radiologica non rilevante alterazioni morfologiche da cause estrinseche dell'ansa duodenale e dello stomaco non può infirmare il parere clinico di tumore della testa del pancreas, il giudizio sulla natura del tumore spetta all'esame istologico, poichè è per lo meno assai incerto un giudizio fondato sulla visione macroscopica.

A tal uopo passo a descrivere un altro caso da me studiato per il quale clinicamente era stata posta la diagnosi di cancro della testa del pancreas, prospettata anche all'intervento chirurgico, mentre trattavasi di una pancreatite cronica e l'atto operativo, fortunatamente tempestivo, salvò la vita dell'infermo.

P. A. anni 55 impiegato, gentilizio indenne. In giovane età blenorragia. Più volte malaria.

Nell'estate 1931 cominciò a soffrire con acidità e senso di peso all'epigastrio dopo i pasti quasi tutti i giorni, sia dopo pranzo, che dopo cena, ed anche di notte. Non dolori, mai ittero, mai vomito, alvo regolare.

Nell'estate 1932 inappetenza, vomito di liquido amaro, verdastro, nausea, digestione laboriosa e modici dolori epigastrici. Nell'ottobre comparve ittero che cronicamente ha perdurato fino al momento dell'indagine. Si è dimagrito notevolmente; l'appetito è scomparso. Le urine sono diventate di colore marsala e le feci sono cretacee.

E. O. Cute e sclere intensamente itteriche. Condizioni generali molto scadute. Polso ritmico, uguale, lingua umida detersa.

Torace: nulla di notevole. Cuore: nei limiti, toni netti.

Addome: dolente la palpazione dell'epigastrio e del quadrante addominale superiore di destra.

Fegato: in alto alla quinta costola; in basso deborda 3 dita dall'arco, di consistenza aumentata. Si palpa una massa globosa mobile, grande quanto un limone nella sede abituale della colecisti.

Milza nei limiti.

FIG. 5. — Tumore del pancreas (pancreatite cronica). Colecisti grande e direttamente visibile.

L'esame radiologico mostra l'ombra della cistifellea notevolmente ingrandita.

Dopo somministrazione di pasto opaco, lo stomaco, il duodeno, il tenue appaiono normali. Si scorge qualche lieve deformazione della regione antrale, dovuta a compressione di organi vicini (probabilmene la testa del pancreas); con la tetraiodo la colecisti non si è opacizzata. Si conclude per una stasi biliare, dovuta verosimilmente alla presenza di una massa che ha sede nella regione della testa del pancreas, che provoca deformazione della regione antrale (figg. 5 e 6).

Operazione: prof. Margarucci, gennaio 1932. Anestesia locale novocainica positiva.

Laparatomia mediana; presenza di liquido tinto di bile libero nel cavo in modica quantità. Si vede subito una grande vescicola con pareti tese, di colorito rossiccio. La superficie del fegato è liscia, la consistenza è duro-fibrosa. Palpando la regione del pancreas si apprezza una tumefazione dura, irregolare della testa che è accollata all'ansa duodenale.

Si pratica una colecisto-gastrorrafia.

Diagnosi: neoplasma o pancreatite cronica?

Dopo sette mesi dall'atto operativo, cioè nel luglio u. s. il malato ritorna alla nostra indagine e appare assai migliorato nello stato di nutrizione, del peso corporeo e delle forze. Presenta soltanto un lieve subittero. Le funzioni digestive sono normali, le urine chiare e le feci ben colorate. È ritornato al suo impiego.

Ogni tanto ha febbre di modico grado e contemporaneamente avverte qualche doloretto in sede epigastrica.

È da ritenere perciò che il tumore pancreatico debba essere attribuito ad una pancreatite cronica, data la notevole miglioria constatata.

Anche in questo caso è apparso il segno della colecisti aumentata di volume visibile ai raggi X, mentre è mancato il segno radiologico di ampliamento dell'ansa duodenale, e sono apparse alcune deformazioni della regione antrale, che mettemmo in rapporto ad una compressione esercitata da una massa in sede pancreatica. Il chirurgo rimase indeciso se trattavasi di neoplasia o di pancreatite cronica, ma il decorso post-operatorio fece prevalere questa seconda ipotesi.

FIG. 6. — Lo stesso caso della fig. 5. Deformazione della regione antrale e dell'ansa duodenale per una massa che ha sede nella regione della testa del pancreas (pancreatite cronica).

Il caso dimostra che le informazioni che la radiologia può dare anche in questo campo, che a prima vista sembra sterile, possono invece essere utili, e che in pratica è prudente in simili contingenze operare di colecisto-gastrostomia, non potendo l'esame macroscopico darci un giudizio esatto sulla natura del tumore.

RIASSUNTO.

L'A. discute un caso di tumore della testa del pancreas, che all'indagine radiologica presentava una grossa nicchia da ulcera del bulbo duodenale, non diagnosticata clinicamente, ma che fu riscontrata all'intervento operatorio; ed un grosso diverticolo della terza porzione del duodeno.

La concavità dell'ansa duodenale non appariva ampliata radiologicamente, mentre il chi-

rurgo avrebbe riscontrato un ampliamento di detta ansa a causa di una tumefazione in sede pancreatica.

L'A. discute il contrasto tra reperto radiologico e chirurgico, ricordando quanto sia difficile stabilire il limite tra il normale e il patologico.

Conclude che il solo segno radiologico rilevato costantemente in parecchi casi di detta malattia da lui studiati è l'ingrandimento della colecisti, visibile direttamente.

Non sempre però questa sindrome corrisponde ad una neoplasia della testa del pancreas, potendo verificarsi anche nella pancreatite cronica; a dimostrazione cita un caso tornato in benessere dopo l'intervento chirurgico.

TECNICA CHIRURGICA

Sul tubo a dimora e perduto nel coledoco.

Prof. dott. GIORGIO PETTA,
chirurgo prim. dell'Ospedale Civile di Feltre.

Il drenaggio esterno del coledoco ha indicazioni precise, ma coi vantaggi presenta anche inconvenienti. Principalmente da tenere presente; sono la possibile lunga durata o la mancata chiusura della fistola biliare, con le conseguenti alterazioni dell'alcalinità del sangue, dei sali minerali, della glicemia, ed un progressivo depauperamento dell'organismo.

Dovendo drenare, è preferito quasi sempre il tubo di Kehr del calibro di una matita, con i due estremi a T adattati al singolo caso e lasciati interi o spaccati a doccia. Mentre alcuni metodicamente fanno oltrepassare al capo inferiore della T lo sfintero di Oddi, altri (Donati) non lo ritengono opportuno. Il tubo di Kehr può essere sostituito anche da un semplice tubo che dall'incisione longitudinale del coledoco risale nel solo epatico. Questi sono i due modi abituali di drenaggio della bile verso l'esterno. Ad essi bisogna aggiungere il metodo di Ceballos, di Buenos Aires, dell'introduzione di un tubo nell'epatico per portarlo poi fuori della medicatura dopo che è passato successivamente nell'epatico, il coledoco suturato, l'ampolla di Vater, il duodeno, un foro del duodeno, la ferita cutanea e la medicatura.

A questi tre metodi si può contrapporre il drenaggio interno per coledoco-duodeno-stomia, colecisto-gastro-stomia o infine, secondo Pierre Duval, mediante un tubo a dimora e perduto nel coledoco; esso attraversa l'ampolla di Vater e raggiunge il duodeno; resta totalmente suturato il coledoco.

Mentre la coledoco-duodeno-stomia e la colecisto-gastro-stomia hanno la loro indicazione negli ostacoli insuperabili dell'ampolla di Vater per cancro o pancreatite cronica, secondo Victor Pauchet questo metodo di Pierre Duval deve avere la preferenza quando il coledoco è permeabile, non vi sono fenomeni di angiocolite e si tratta di un ostacolo da calcolo unico del coledoco: sarebbe questa l'indicazione formale del « drenaggio ideale » alla maniera di Pierre Duval, con la precauzione di lasciare un drenaggio, a contatto della sutura del coledoco, per mettersi al sicuro in caso di disunione del coledoco stesso.

Il tubo perduto conviene in modo particolare alle vie biliari non infette; secondo Pauchet esso costituisce un progresso verso il quale bisogna tendere sempre di più. La bontà del metodo sarebbe confermata da altra parte, dai buoni risultati ottenuti per la ricostruzione della via biliare principale interrotta od obliterata, mediante sutura dei capi della interruzione stessa sopra un tubo di gomma che dall'epatico arriva al duodeno: è questo il metodo di ricostruzione della via biliare principale secondo Lecène e Gaudart d'Allaines, descritto nei testi francesi. Anche nell'ultimo congresso della Soc. It. di Chirurgia, M. Sbrozzi ha comunicato un caso seguito da guarigione. Quando non è possibile riunire la via biliare interrotta, capo a capo, nemmeno con l'aiuto del tubo perduto, si sono avuti buoni risultati anche ricorrendo alla epiplooplastica sul tubo di gomma: nei casi di successo controllati dopo tempo, l'epitelio delle vie biliari, proliferando, aveva ricostituito un tubo epiteliale completo attorno a quello di gomma, senza tendenza a stenosi cicatriziale. Il tubo è stato bene tollerato. A questo metodo di canalizzazione del coledoco si può obiettare che esso abolisce, finchè il tubo resta in posto, lo sfintere di Oddi, favorendo l'infezione ascendente delle vie biliari. Sta di fatto che i risultati ottenuti sono buoni, in armonia dunque con le vedute del prof. O. Uffreduzzi sul compito di difesa della secrezione mucosa delle ghiandole sparse nelle vie biliari extraepatiche.

Per il tubo di Kehr resta sempre la indicazione maggiore nella infezione grave delle vie biliari alte con angiocolite, perchè porta all'esterno la bile settica; ma quando nella calcolosi del coledoco l'infezione è piuttosto attenuata o limitata alla colecisti, e principalmente quando le vie biliari alte appaiono integre, sembrerebbe migliore l'indicazione del drenaggio perduto con sutura totale del coledoco inciso per l'esplorazione e l'estrazione dei calcoli. Nei

soggetti deperiti il drenaggio perduto evita il danno della perdita prolungata di gran parte del liquido biliare. Negli interventi indaginosi, nei quali si arriva al coledoco con difficoltà, cruentemente, è più facile evitare la suppurazione della ferita e l'infezione del peritoneo. Il caso in questione starebbe a dimostrare la giustezza di questo concetto, perchè pure essendo intervenuti al secondo giorno dopo un accesso febbrile da ristagno di bile infetta nella cistifellea al 6° giorno dopo l'operazione si ebbe l'apiressia completa e definitiva.

I casi operati con questo metodo e comunicati non sono molti, almeno in Italia; ritengo quindi che possa avere interesse la conoscenza del caso da me operato.

G. Rosa, di a. 38, da Lamon (Belluno). Ricoverata nel R. Chirurgia il 28-III-1933 per febbre alta remittente, ittero, colica epatica in atto, urine pigmentate, feci acoliche. Nell'anamnesi una bronchite acuta ed influenza.

Da due anni frequenti dolori addominali del quadrante superiore D. a tipo colico. Nel novembre 1932 con una nuova colica apparve ittero con urine pigmentate e feci acoliche. Da allora l'ittero non è più scomparso; progressivo decadimento; febbre alta di qualche giorno con ogni nuova colica. L'amm. avrebbe notato concrezioni verdastre poco consistente nelle feci.

Es. ob. Amm. di piccola taglia, deperita. Sclere e cute itterica. Astenia, anoressia, prurito. Lingua impatinata. Nulla a carico dei nervi cranici e del torace. Dolore e difesa all'ipocondrio D., mentre i quadranti infer. sono palpabili. Febbre + 38° C., polso e respiro normale. Urine: traccie indosabili di albumina e di glucosio; pigmenti biliari, qualche leucocito. I giorni seguenti le condizioni generali si aggravano, la temperatura il 31-III-33 si eleva a + 39°,8 C., la difesa dell'ipocondrio D. si accentua e si estende. Si decide la colecistostomia ed il drenaggio della cistifellea che si esegue il giorno seguente (Azotemia 0,21 ‰). Rachianestesia (tutocaina). Taglio di Kehr. Cistifellea retratta, bloccata da aderenze flogistiche dei visceri vicini. Colecistostomia e drenaggio della cistifellea. Zaffamento, ricostruzione parziale della parete. Rapida caduta della temperatura col fluire del liquido biliare purulento dal tubo di drenaggio. Apiressia al 4° giorno. Deflusso biliare giornaliero di cmc. 300-500; progressivamente diminuisce il deposito fioccoso purulento in fondo al vaso di raccolta. Il 22° giorno si toglie il tubo di drenaggio essendo la bile (200 cmc.) limpida.

Tolto il drenaggio la ferita si restringe; il 1° giugno 1933 l'amm. apirettica, di colore normale, in buone condizioni generali, chiede di uscire con una piccola fistola biliare intermittente.

Condizioni soddisfacenti per circa due mesi; poi cominciano elevazioni termiche fino a + 39°,5 C., dolori ed ittero quando la fistola si chiude.

Ritorna perciò in Ospedale per essere sottoposta, come s'era stabilito, alla colecistectomia ed all'esplorazione del coledoco (5-VIII-1933).

Es. obb. Condizioni generali mediocri, subittero, nulla al torace, temp. + 36°,6 C., nei giorni seguenti temp. subfebbrile, ma il giorno 12 ed il giorno 13 febbre alta, colica epatica, ittero. Caduta della temperatura con l'emissione di liquido biliare torbido dal tramite fistoloso. Azotemia 0,30 ‰. Albumina assente; pigmenti biliari nelle urine.

Operazione (16-VIII-1933). Rachianestesia. Taglio di Hartmann con escissione della vecchia cicatrice. Dissezione dei residui della cistifellea, che si asporta. Coledoco dilatato ostruito da un grosso calcolo olivare: coledocotomia longitudinale, estrazione del calcolo. Introduzione di un tubo di gomma del diametro di una matita, che dal dotto epatico scende per il coledoco, attraversa la papilla di Vater e scende nel duodeno. Il tubo, di circa 30 cm. si fissa con un punto di catgut N. 0, nella sutura dell'incisione del coledoco. Si lascia una striscia di garza e un tubo a contatto della sutura del coledoco. Ricostruzione parziale della parete. Decor-

so regolare. Due elevazioni termiche di breve durata seguenti a fleboclisi. In seguito, la temp. non raggiunge più i + 38° C. Apiressia completa stabile al 6° giorno dopo la operazione. L'ittero decresce rapidamente fino dal 2° giorno. Al 10° giorno dalla ferita stamponata fuoriesce poca bile che macchia la garza per qualche giorno. L'amm. si rimette rapidamente ed esce guarita il 9-IX-1933, al 24° giorno dopo l'operazione. Finora il tubo non è stato emesso e non ha dato segno di sè, analogamente al caso di M. Boppe. La paz. sta sempre bene, è aumentata di peso, lavora senza mai avere avuto disturbi di sorta.

Ritengo perciò che il metodo di Pierre Duval, per quanto non potesse parlarsi di vie biliari asettiche al momento dell'operazione, abbia in questo caso risposto allo scopo in modo perfetto. Il tubo, come dimostra la curva termica ed il decorso, è stato tollerato bene fino dai primi giorni.

RIASSUNTO.

Si riporta la storia clinica di un caso operato e drenato col tubo a dimora e perduto nel coledoco secondo Pierre Duval. Ciò perchè il decorso molto favorevole, e la perfetta tolleranza verso il tubo di gomma, sta a dimostrare la bontà del metodo, che è consigliabile nella calcolosi del coledoco senza grave alterazione o infezione delle vie biliari alte.

BIBLIOGRAFIA.

BOPPE M. Revue de Technique médicale, nov. 1922, n. 14, p. 313.

GUIBÉ M., QUÉNU J. *Chirurgie de l'abdomen.*

LECÈNE et GAUDART D'ALLAINES. Journal de Chir., 1932, XX, p. 237.

PAUCHET V. La pratique chirurgicale illustrée, fasc. IV-V-IX-X.

ROBINSON et STERN. *La tactique opératoire des voies biliaires.*

SBROZZI M. *Protesi epatico-duodenale per mezzo di un tubo di gomma.* LX Congr. Soc. Ital. di Chirurgia, Pavia, 18-21 ott. 1933.

UFFREDUZZI O. *Il drenaggio delle vie biliari.* Relazione LX Congr. Soc. Ital. di Chirurgia, Pavia, 18-21 ott. 1933 (sed. pom. 18).

PROBLEMI DISCUSSI

Determinismo del sesso.

(Esperimenti controllati).

Dott. LUPO PICHEZZI (Roma).

Appassionante problema di biologia questo del determinismo del sesso, che ha attratto le menti di un'immensa schiera di studiosi attraverso i millenni, per quanto da soli pochi anni l'interessante argomento sia riuscito a varcare l'oscura atmosfera dell'empirismo ed orientarsi verso la via del razionalismo scientifico.

Circa 50 anni fa da alcuni AA. (Thury, Heitzeman ecc.) fu cominciato a notare, sperimentando fra animali grossi, che le gravidanze determinate alla fine della fregola portavano con facilità alla procreazione di maschi; che le gravidanze determinate all'inizio della fregola, portavano alla procreazione di femmine.

Tali osservazioni indussero altri studiosi a continuare simili esperimenti, e attraverso questi ultimi decenni, tutti gli sperimentatori vennero alle stesse conclusioni; mettendo così in evidenza uno dei fattori che concorre alla realizzazione del fenomeno del determinismo del sesso: L'età degli elementi sessuali.

Contemporaneamente altri AA. (Regnault, Robinson, Russo, Dantan ecc.) attraverso altri numerosi esperimenti riuscivano a mettere in evidenza altro elemento di non minore importanza nella genesi del fenomeno, l'elemento riguardante la qualità costituzionale dei genitori.

Io, circa 15 anni fa, riprendendo l'argomento, con numerosi esperimenti sia su animali, sia sulla donna, riuscii non solo a confermare, ma a precisare i 2 fattori che intervengono nella genesi dell'importante fenomeno (1).

Il 1° fattore riguarda l'età degli elementi sessuali, il quale così si comporta: le gravidanze determinate nel periodo premestruale con ovuli giovani, (5 giorni precedenti la mestruazione) portano con matematica precisione alla procreazione di femmine; le gravidanze determinate nel periodo post-mestruale con ovuli maturi (8 giorni dopo la fine della mestruazione) portano con sicurezza matematica alla procreazione di maschi. Tra questi limiti estremi si verifica un complesso di variazioni, che sono regolate dal 2° fattore, che riguarda la qualità costituzionale dei genitori.

Questo secondo fattore regola l'equilibrio dei due sessi attraverso i tempi, quindi di più grande importanza nella genesi del fenomeno. In tesi generale si può affermare che le costi-

tuzioni anaboliche portano alla procreazione di femmine; le costituzioni cataboliche portano alla procreazione di maschi; ma a seconda del grado più o meno marcato del tipo costituzionale, la fecondazione in tempi più o meno lontani dalle 2 epoche da me su indicate, e la tendenza più o meno marcata alla procreazione dell'uno o dell'altro sesso.

Così una donna a costituzione orientata verso il 1° tipo costituzionale, estremamente catabolica, può rimanere incinta nel periodo post-mestruale sia in un periodo molto lontano dalla fine della mestruazione, come al 1° giorno della fine della mestruazione; ma in tutti e 2 i tempi, tende sempre alla procreazione di maschi. Invece altra donna, con caratteristiche appena accennate verso il 1° tipo costituzionale, potrà procreare il maschio soltanto rimanendo incinta, sì nel periodo post-mestruale, ma in epoca molto lontana dalla fine della mestruazione, quindi in un periodo di più marcata maturazione degli elementi sessuali. Al contrario una donna accentuatamente orientata verso il 3° tipo costituzionale, cioè a costituzione marcatamente anabolica, tende più facilmente a rimanere incinta nel periodo premestruale, ma se rimane incinta nel periodo post-mestruale, anche in epoca lontana dalla fine della mestruazione, e perfino al 6° giorno dalla fine del ciclo mensile, può portare alla procreazione di femmine. In questo senso deve intendersi l'importanza regolatrice del fattore costituzionale: di modo che i 2 periodi estremi infallibili, e da me tenuti presenti e utilizzati nella lunga serie dei miei esperimenti, non sono assoluti nello stato naturale, ma relativi e variabili proporzionatamente alle variabilità costituzionali dei genitori; e ciò è comprensibile, se si pensi che la natura non poteva affidare al solo fattore « età degli elementi sessuali » il delicatissimo meccanismo del determinismo del sesso; il quale nella sua rigidità assoluta, non sarebbe potuto essere sufficiente a mantenere l'equilibrio tra i 2 sessi attraverso i tempi. Da qui l'immensa gamma delle variazioni costituzionali, che ci spiega la ragione del fenomeno osservato in natura (2), secondo il quale man mano che le fecondazioni si allontanano dalla fine della mestruazione, man mano aumenta il numero delle procreazioni di maschi, per aversi costantemente procreazione di maschi nelle fecondazioni determinate dopo l'8° giorno dalla fine della mestruazione (3).

Qui non sto a ripetere tutta la serie dei miei esperimenti, ma espongo soltanto i pochi casi studiati dopo la comunicazione da me fatta al 38° Congresso di medicina interna.

I casi di questa esposizione sono pochi in confronto di quelli esposti nelle precedenti pubblicazioni; però hanno grande importanza e non soltanto perchè i risultati sono conformi a quelli degli esperimenti precedenti, ma specialmente perchè eseguiti sotto il controllo del prof. Micheli, direttore della Maternità di Roma.

Sono sette i casi e tutti realizzano le stesse condizioni messe in evidenza negli esperimenti precedenti. Tre casi furono studiati nella Maternità di Roma; un caso nella Clinica ostetrica di Roma; 3 casi privatamente.

Per tutti i sette casi indicai per iscritto, precedentemente all'epoca del parto, la diagnosi di sesso. Nei casi della Maternità e della Clinica scrissi in precedenza al parto, la diagnosi di sesso, che tutt'ora si può leggere sulle schede cliniche individuali.

Accenno i dati più importanti.

CASO I — C. Teresa, domiciliata in Monterosi, prov. di Viterbo, di anni 30; appartenente al primo tipo costituzionale, secondo la classifica del De Giovanni. Ebbe l'ultima mestruazione il 10 gennaio 1932; unica coabitazione il 16 gennaio 1932; rimase incinta e partorì il 31 ottobre 1932 un feto normale di sesso maschile.

CASO II. — P. Laura, nata nel Comune di Canale Monterone, prov. di Roma. Appartiene al 3° tipo costituzionale; precedentemente alla gravidanza ha eseguito cure cataboliche per circa tre mesi. Dopo tali cure e cioè nella mestruazione terminata il 12 maggio 1932 avvenne la coabitazione, e precisamente il 20 maggio 1932. Rimase incinta e partorì un feto normale di sesso maschile il 14 gennaio 1933.

CASO III. — S. Teresa, di anni 30, nata nel comune di Canale Monterone, prov. di Roma. Appartiene al 1° tipo costituzionale. Ebbe l'ultima mestruazione il 16 aprile 1932; coabitazione il 24 aprile, rimase incinta e il 9 febbraio 1933 partorì un feto normale di sesso maschile.

CASO IV. — Maternità. Letto n. 60. S. Giuseppina, maritata Fragola; del 3° tipo costituzionale, di anni 34. Ultima mestruazione il 28 marzo 1932; fine della mestruazione il 2 aprile. Sposata il 3 aprile; prima coabitazione il 3 aprile. Rimase incinta e il parto avvenne alla maternità di Roma il giorno 29-I-1933 con nascita di un feto normale di sesso femminile.

CASO V. — Maternità. Letto n. 65. Ada S., del 1° tipo costituzionale. Ebbe l'ultima mestruazione l'8 aprile 1932, terminata verso il 16 aprile. Coabitazione il 22 aprile. Rimase incinta e partorì alla maternità di Roma il giorno 24 gennaio 1933 un feto di sesso maschile.

CASO VI. — Clinica ostetrica, Policlinico. P. Ottavia fu Paolo di anni 21. Del primo tipo costituzionale. Ebbe l'ultima mestruazione il 14 aprile

1932, terminata il 18 aprile, prima coabitazione il 26 aprile. Rimase incinta e il parto avvenne in clinica ostetrica il 30-I-1933 con la nascita di un feto di sesso maschile.

CASO VII. — Maternità, letto n. 63.. S. Maria (portantina della Maternità). Sposata il 12 maggio 1932. Dichiara che la prima coabitazione avvenne il 12 maggio e si ripetè nei giorni successivi fino al 16 maggio. Il 16 maggio si iniziò la mestruazione che terminò dopo poche ore, con scarsissima emorragia. Io in base all'anamnesi dichiarata feci diagnosi di sesso femminile. Il giorno 24-I-1933 la donna partorì un feto di sesso maschile, contrariamente al sesso diagnosticato.

È interessante notare come in tutti i casi il sesso si verificò secondo le norme da me stabilite. I maschi determinati nelle gravidanze avvenute circa 8 giorni dalla fine della mestruazione e in donne appartenenti al primo tipo costituzionale, e se del 3° tipo, dopo cure tendenti ad accelerare il metabolismo; le femmine determinate in donne appartenenti al 3° tipo costituzionale, con fecondazione di ovuli giovanili. Soltanto nell'ultima, S. Maria, sembrò errare la regola che fino ad oggi si è ripetuta costantemente sui 152 casi finora da me pubblicati. L'errore però è solo apparente, e fu potuto commettere, perchè la donna dichiarò falsi i dati anamnestici. Difatti la donna dichiarò che le prime coabitazioni si verificarono dopo lo sposalizio avvenuto il 12 maggio 1932, fino al 16, e che l'ultima mestruazione avvenne il giorno 16 maggio. Se la fecondazione fosse avvenuta nella mestruazione del 16 maggio e in tal caso la fecondazione sarebbe stata premestruale, e quindi la determinazione di sesso femminile, secondo il calendario ostetrico il parto doveva avvenire verso il 24 febbraio, e cioè un mese dopo del giorno in cui si è verificato.

Il feto al momento della nascita per quanto pesasse kg. 2.900 presentava i diametri del feto nato a termine; quindi la fecondazione doveva essere avvenuta non nella mestruazione di maggio, ma nella mestruazione di aprile, e cioè circa un mese prima dell'avvenuto sposalizio, e con sicurezza nel periodo post-mestruale.

Anche la scarsissima emorragia verificatasi nel ritorno periodico del 16 maggio conferma la mia ipotesi.

Comunque, se il parto fosse stato prematuro, tale condizione poteva costituire una condizione anormale, che poteva essere sufficiente per alterare le norme che rientrano nelle leggi da me enumerate.

Le condizioni da me enumerate si sono verificate sui 152 casi finora pubblicati, in gravidanze tutte portate a termine e con evoluzione normale; il caso riguardante la S. Maria anche se volessimo farlo rientrare nelle circostanze riferite dalla p., rappresenterebbe una gravidanza atipica, e come tale potrebbe presentare una deviazione dalla norma.

RIASSUNTO.

L'A. tratta delle cause del determinismo del sesso. Parla della funzione della costituzione sulla filogenesi. Riferisce i risultati di 7 casi studiati.

BIBLIOGRAFIA.

(1) PICHEZZI LUPO. *Determinazione del sesso a volontà.* Rivista clinica ostetrica, VII, anno 1933.
(2) BOLAFFIO. *Determinazione del sesso.* Congresso di ostetricia, Pavia, 1923.
(3) PICHEZZI L. *Determinazione del sesso a volontà e costituzione organica individuale.* Congresso di medicina interna, ottobre 1932.

RILIEVI E COMMENTI.

A proposito dell'articolo del Prof. G. Cavina: "Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica postoperatoria„.

Bene ha fatto il collega Cavina a richiamare l'attenzione dei chirurgi sulla opportunità di allacciare, sia nella gastroenterostomia, sia nella resezione, i vasi che decorrono nella sottomucosa in vicinanza della linea di sezione gastrica.

Per ciò che mi riguarda dirò che fin da quando io iniziai la mia attività di chirurgo primario nell'Ospedale di Venezia, e cioè fin dal 1928, cominciai, sia nella G. E. che nella resezione, ad eseguire sistematicamente la emostasi separata dei vasi della sottomucosa gastrica, convinto che nessuna sutura cosidetta emostatica riesce sempre effettivamente tale.

In un mio lavoro del 1931 (Relazione clinico-statistica triennale) così mi esprimevo: « L'emostasi è fatta allacciando direttamente i vasi della sottomucosa gastrica: è una precauzione questa, che l'esperienza ha dimostrato molto utile ».

E, in una comunicazione fatta nel dicembre 1932 alla Accademia Lancisiana di Roma (Osservazioni sulla cura dell'ulcera duodenale), dicevo: « È nostra pratica di eseguire la emostasi dei vasi della sottomucosa gastrica. Questo dettaglio richiede certamente qualche minuto di tempo, ma assicura che uno dei peri-

coli, che nessuna sutura emostatica riesce ad allontanare con sicurezza, è certamente eliminato ».

Aggiungo di essere convinto che non pochi casi di « collasso postoperatorio » o di fenomeni di apparente intossicazione sono riferibili ad emorragie derivanti principalmente dai vasi

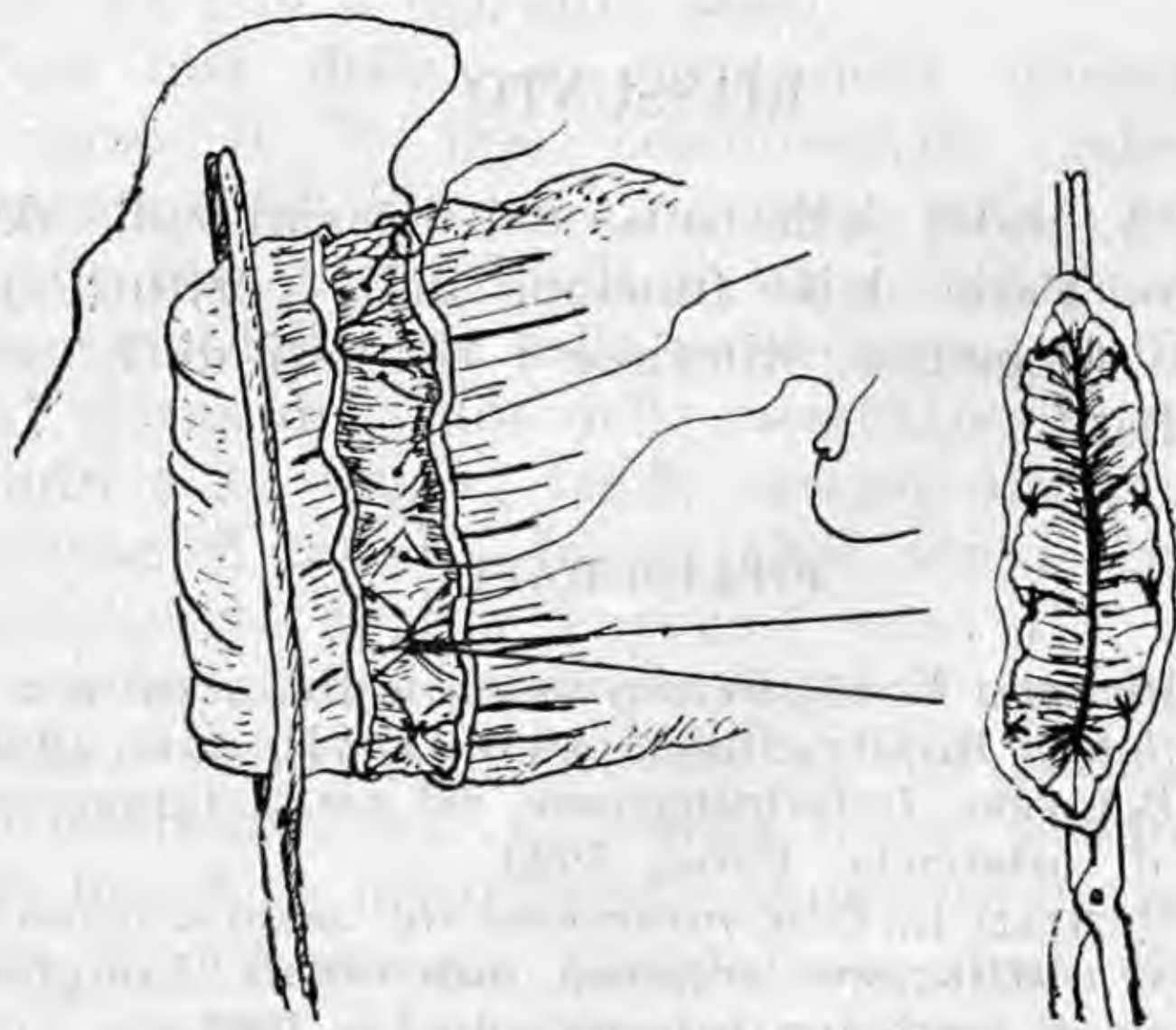



FIG. 1. FIG. 2.

FIG. 1. — Il moncone gastrico è rovesciato a sinistra; la sieromuscolare della parete posteriore è stata incisa: allacciatura dei vasi della sottomucosa.

FIG. 2. — A resezione avvenuta, aspetto della sezione gastrica con i vasi della sottomucosa allacciati su ambedue i margini.

della sezione gastrica, e dal riassorbimento dei prodotti di decomposizione del sangue, che si raccoglie nell'intestino.

In qualche caso sarebbe forse anche opportuno allacciare i vasi della sezione digiunale.

L'allacciatura dei vasi della mucosa gastrica è da me eseguita sulle due pareti, prima di procedere ad alcuna sutura gastro-duodenale o digiunale, così come è dimostrato dagli schemi acclusi.

A. CHIASSERINI
Chirurgo Primario degli Ospedali di Roma.

CONCEZIONI NUOVE

Psicologia biologica e psicopatologia.

Le nostre nozioni sulle attività e modificazioni corporee corrispondenti alla fenomenologia psichica sono scarse. Finora ha prevalso l'opinione che i fenomeni psicologici, come i fisiologici, scaturiscano dalla funzione di un particolare organo, influenzato da quella degli altri, solo per le connessioni risultanti dalla divisione del lavoro, dal contributo che ciascuno porta al benessere generale. Ma l'analogia regge poco quando si consideri che le attività psicologiche hanno continue variazioni, molto più ampie di quelle della vita vegetativa, non solo di forma ma di prodotto, e che ciascuna di esse induce modificazioni di potenzialità per gli atti successivi, così da potersi dire che l'individuo in rapporto alla potenzialità psichica è in continuo divenire.

G. Montesano (*Nuova Rivista di Clinica e Assistenza psichiatrica e di Terapia applicata*. Anno IX. Fasc. I-IV) sostiene che lo psichismo non può essere considerato come l'espressione funzionale di un solo organo, il cervello, ma come la risultante delle attività di tutto l'organismo. Egli è venuto a questa conclusione dallo studio del valore biologico di tutti gli svariati fenomeni psichici, del loro contributo alla conservazione e alla protezione dell'individuo come della specie.

Se si tien conto esclusivamente delle manifestazioni esteriori di quella che comunemente va col nome di attività psicologica e dei suoi effetti, si può dire che la medesima tende a migliorare le condizioni di vita attraverso modifiche dell'ambiente esterno, indotte con movimenti. Questi appariscono compiuti in applicazione di leggi della causalità fenomenica, adattati alla contingenza, diretti a variare la condizione di alcuni agenti causali per favorire, modificare, ostacolare, a seconda i casi, la produzione di dati effetti. Vengono così a distinguersi tra i detti movimenti i fattivi dagli espressivi, quelli eseguiti e quelli arrestati, trattenuti in particolari contingenze. I movimenti trattenuti sono esponenti dell'inibizione d'un'attività così detta teorica, la quale mette spesso l'individuo in grado di compiere nuovi movimenti coordinati e ottener nuove modifiche ambientali. Non poche di queste nuove azioni segnano un progresso, che consiste ora in una migliore applicazione di una data legge causale alle varietà della contingenza, ora in possibilità di applicazione di altre leggi che prima sembravano ignote a l'individuo operante. Cresce così man mano la di lui potenzialità modificatrice dell'ambiente e del corso degli avvenimenti. Si rende possibile un intervento efficace oltre che su cause prossime su altre sempre più remote. Con un medesimo atto si riesce a sodisfare o ad agevolare la sodisfazione non di una ma di più esigenze non

solo delle attuali ma delle possibili in un futuro sempre più remoto e con beneficio oltre che della persona agente anche di altri sempre più numerosi, fino a rendersi producibili attività fattive o espressive di valore universale, realizzanti perciò il benessere della specie. Cresce infine sempre il numero di atti che appariscono eseguiti non occasionalmente, ma preordinati oltre che coordinati per particolari fini.

Con questi progressi è dato di conoscere alcuni poteri fondamentali dell'individuo, ossia: riprodurre movimenti compiuti una prima volta accidentalmente e riusciti utili all'uno o all'altro fine biologico; acquistar l'idoneità a nuovi movimenti per imitazione o per stimolo di movimenti espressivi altrui; rendersi idonei ai detti nuovi movimenti senza che sia sempre necessario eseguirli immediatamente dopo che agì l'una o l'altra delle dette due cause; riprodurre i nuovi movimenti con le modifiche necessarie per un aggiustamento alle contingenze; suscitarsi una tendenza alla riproduzione solo se intervengano dati stimoli esterni o interni. La riproducibilità dei nuovi movimenti forma la base del potere di memoria; la loro modificabilità per un aggiustamento alle contingenze forma la base del potere di fantasia; la esecuzione subordinata a particolari condizioni esterne o interne è indice dell'educabilità alla prosecuzione di nuovi fini per la difesa della vita. Fra questi fini i sociali crescono sempre di numero e di varietà in rapporto ai vantaggi sempre più evidenti della divisione del lavoro per l'acquisto dell'idoneità all'applicazione di nuove leggi della causalità fenomenica e per trovare lo sfruttamento delle varie capacità. Si moltiplicano fra l'altro i movimenti del linguaggio con ricchezza sempre maggiore di simboli ben differenti dagli oggetti, dalle azioni che esprimono, capaci alcuni di stimolare la vista, altri l'udito per eventuale difetto di funzionalità d'uno di questi sensi. Ma col prodursi nuovi fini si delinea tra i medesimi un antagonismo il cui valore biologico sta nel render possibile all'individuo or di mantenere un dato equilibrio fisiologico durante lo svolgimento delle varie attività di vita di relazione, or di sodisfare esigenze ambientali, in vario senso. All'azione si viene così ad opporre l'inibizione, all'ostentazione di forza quella di debolezza, alla difesa l'offesa; con gli atti d'esclusivo vantaggio dell'individuo, altri si compiono di sacrifizio personale e di utile sociale ecc. Fra le manifestazioni a fini di equilibrio fisiologico son da ricordare quelle del *temperamento* illustrate da Montesano in altri lavori, più specialmente quelle dell'epilettoidismo, del nevrastenoidismo, dell'isteroidismo, dello schizoidismo, che intralciano le attività psicologiche, da cui potrebbe derivare un'usura del corpo: nell'epilettoidismo ostacolando l'inibizione allorchè questa genera troppo intense emozioni; nel nevrastoidismo rendendo l'esecuzione esageratamente dolorosa perchè se ne abbia la sospensione; nell'isteroidismo spingendo ad attività ristoratrici di contrasto; nello schizoidismo ponendo un freno a quelle modifiche degli atti in corso che, se riescono opportune per un aggiustamento alle mutate contingenze, importano eccessivi sperperi di energie. A misura che aumentano gli antagonismi se ne produce il loro disciplinamento, si forma cioè il *carattere*, il cui perfezionamento è segnato dal predominio sempre più stabile di alcuni fini, con sacrifizio sempre minore degli altri, e in modo che la subordinazione, la coordinazione rispondano sempre meglio alla potenzialità dell'individuo e i successi siano conseguibili in condizioni sempre meno favorevoli dell'ambiente.

Ma la fenomenologia psichica va esaminata anche nelle manifestazioni interiori rilevabili con l'introspezione, rispondenti all'attività di coscienza. Niun dubbio che questa derivi da inibizioni motorie. Il suo valore biologico sta nel rendere perseguibili i più svariati fini, fare che le tendenze suscitatesi in primo tempo per effetto di variazioni ambientali siano idonee a suscitarne altre e queste altre ancora, sì che l'atto da compiersi in definitiva risponda a interessi molteplici. L'attività di coscienza va adunque considerata come linguaggio interiore, i cui simboli sono le immagini. Queste sono di tre specie: le sensitive pure, significatrici delle situazioni ambientali, le sensitive sentimentali rivelatrici delle tendenze che si sono suscitate, le sentimentali pure che simboleggiando in forma di dolore o piacere i contrasti, rispettivamente le armonie fra dette tendenze altre ne suscitano più specialmente idonee a rimuovere la disarmonia o attenuarla o a prolungare l'armonia già esistente.

Gli sviluppi del particolare linguaggio avvengono in più sensi. La produzione delle immagini riesce sempre più facile, più abbondante, come pure la discriminazione loro, ossia la loro azione stimolante isolata, nonchè la possibilità di far variare l'intensità di dett'azione e quella dei suoi effetti. Si aggiungono così alle immagini sensitive attuali, significatrici di situazioni presenti, altre che riproducono esperienze pregresse o son frutto d'immaginazione, di fantasia, acquistando ciascuna specie un carattere suo distintivo, paragonabile al timbro, che fa riconoscere lo strumento da cui sono prodotti i suoni.

Dalle tendenze suscitatesi sempre in maggior numero per dati stimoli derivano altre numerose immagini significatrici di movimenti fattivi o espressivi, or eseguiti, or trattenuti, e di turbe viscerali. Con le tendenze si moltiplicano le varietà di loro accordi o disaccordi e quindi le immagini sentimentali pure, il cui potere stimolante susciterà con maggiore facilità nuove altre tendenze e quindi altre immagini. In tal modo i processi associativi saranno agevolati dal fatto che date immagini ri-

spondenti a movimenti espressivi, acquisteranno il potere di suscitarne altre, tutte speciali, sempre identiche. Il linguaggio interiore aderirà pertanto a quello esteriore estendendone non poco i benefici, il pensiero sarà più che mai manifestazione di logos.

D'altra parte si renderà possibile il loro disciplinamento, ossia limitare nelle varie contingenze le immagini idonee a suscitar tendenze. Così come in un'assemblea l'ordine del giorno segna gli argomenti su cui gli intervenuti possono interloquire a tutela degl'interessi loro affidati, con i processi attentivi i varii fini che l'individuo prosegue si traducono in appetizioni solo a riguardo di date situazioni, date azioni, prospettate da particolari immagini. Ci è una disciplina spontanea, permanente, per cui certe qualità d'immagini d'alto potere stimolante non mancano mai nel campo della coscienza, esponenti di situazioni da tener sempre in conto quale che sia l'atto da compiere e il fine da perseguire.

La disciplina implica sforzo, sperpero di energie fisiche, che se è lieve per le attività elementari, cresce per quelle della coscienza superiore, specie quando le immagini da far rifulgere non rispondono alla situazione attuale. D'altra parte non è rara una minaccia di usura del fisico per turbe emotive indotte da tendenze che insorte non riescono a tradursi in atto. Spesso si rende perciò necessaria un'attenuazione dell'attitvità di coscienza ora per quel che è disciplina attentiva, ora per quel che è manifestazione di tendenze dietro l'azione di date immagini. Nell'un caso il corso del pensiero è lasciato a sè, ossia all'azione di stimoli occasionali, nell'altro si favorisce il sogno ad occhi aperti. Il beneficio che risente il fisico dalle temporanee attenuazioni della seconda specie fa sì che si venga sempre più operando per rendere le medesime più facili, più svariate, più forti. Si ricerca così quel che può riuscire sbalorditivo o suggestivo, sospendere la produzione d'una o di più o di qualsiasi tendenza, rispettivamente acuirne alcune in modo che neutralizzino gli effetti delle rimanenti ottenendosi fra l'altro tolleranze di certi dolori, insensibilità agli allettamenti di certi piaceri. In mancanza d'oggetti idonei a tal uopo se ne creano dei nuovi, crescono perciò man mano le opere adatte a favorire il giuoco o a determinare, a seconda dei casi, il trasporto, il raccoglimento, l'estasi, ecc.

A sintesi dei varii poteri psicologici si hanno infine gli atti volitivi di cui le apparenze caratteristiche son l'aggiustamento alla contingenza e la scelta fra più tendenze in lotta. L'attività di coscienza è in essi chiamata a prospettare insieme alla situazione attuale quelle che si produrrebbero col trionfo dell'una o dell'altra tendenza, a farne quindi sorgere delle nuove affinchè risulti chiaro quali di tutti i fini che persegue l'individuo resterebbero favoriti, quali danneggiati con l'esecuzione dell'uno o dell'altro atto. Una prospettiva completa del genere resta or più or meno difficile, come, nell'esecuzione dell'atto prescelto riesce difficile il superamento degli ostacoli opposti dalle tendenze sacrificate. All'uopo occorrono spesso sforzi, sperperi straordinari di energie e non è raro che i medesimi vengano contrariati, per la difesa della salute fisica, da qualcuna delle reazioni di temperamento sopra cennate. La maggiore volontà sarà adunque segnata da maggior potere di riflessione, da più facile liberazione straordinaria di energie fisiche più o meno copiosa, ma adeguata sempre alla effettiva potenzialità fisiologica dell'individuo, da maggior capacità di attenuare o esaltar artificiosamente qualcuna delle tendenze in lotta.

Da questo esame risulta chiaro come tutti i fenomeni psichici siano riportabili a tentativi di difesa della vita con modifiche dell'ambiente esterno ottenute da movimenti, dei quali o già si possiede l'idoneità o viene acquisita. La qualità e la complessità di atti di difesa riconoscibili nell'uno o l'altro fenomeno psicologico sono varie. Alcuni rappresentano una preparazione, altri un'esecuzione, altri infine un effetto di ostacoli alle suddette. In alcune condizioni tutte le attività di difesa son rese possibili da particolari stimoli, in altre soltanto alcune. Sono frequenti fra più attività i contrasti, il cui superamento resta or più or meno facile, con rinunzia or temporanea or definitiva e or di pochi or di molti dei mezzi abituali di difesa.

Può una fenomenologia così variata, così complessa, così crescente di potenzialità, scaturire dalla attività del solo cervello? Montesano considera ciò improbabile. Egli concepisce il cervello come organo funzionante passivamente per stimoli che gli provengono dalla periferia corporea e chiamato a suscitare svariatissime attività motorie, a rendere queste eseguibili totalmente o parzialmente, a seconda la specie di stimoli che riceve. Il cervello sarebbe somigliabile a un apparato telefonico centrale a sistema automatico che devia nell'uno o l'altro senso le correnti nate alla periferia da particolari modifiche d'un apparecchio. Le correnti nervose sarebbero analoghe a quelle elettriche e per dar luogo alla fenomenologia psichica nascerebbero non da singoli punti, ma dall'intera periferia corporea. Numerosi argomenti sono addotti dall'A. in favore di questa teoria panpsichista che egli sostiene da oltre un ventennio. Ricordiamone i principali. Poichè l'attività psicologica tende a modificare l'ambiente esterno e ogni modifica può con l'utile d'alcuni elementi dell'organismo apportare il danno di altri, appare molto logico che tutti concorrano a produrla in modo che essa sia esponente non di una funzione particolare contribuente all'interesse generale, come per gli organi della vita vegetativa, ma di una funzione generale alimentata da inte-

ressi più o meno particolari. Dato poi che detta attività oltre ad essere continua, si ha perfino nel sonno, è molto irregolare, non ritmica come quella della circolazine e della respirazione, un organo solo non potrebbe esplicarla senza usurarsi rapidamente, irreparabilmente; contribuendovi invece tutti gli elementi il lavoro di ciascuno sarebbe minimo, e quindi sostenibile.

Dicasi lo stesso per le variazioni strutturali generatrici di variazioni di potenzialità: profonde dovrebbero essere le prime se del solo cervello contro tutti i dati dell'osservazione su questo e su qualsiasi altro organo; minime possono ammettersi invece se attribuite a tutti gli elementi del corpo e concepite più che altro di chimismo, così da derivarne nuove possibili forme di stimolo e nuovi possibili effetti loro, in base alla struttura sempre identica del cervello. Ma sopratutto si deve tener presente che il sistema nervoso va considerato come un complesso di archi riflessi congiungenti l'uno all'altro punto della periferia e che la corteccia cerebrale costituisce il culmine di una certa quantità di detti archi, idonea perciò a servir di transito alle correnti nervose, non a generarle. Dato or che essa raccorda tutti gli elementi della periferia corporea e la sua integrità è assolutamente indispensabile per una fenomenologia psicologica, appare quanto mai probabile che questa sia il prodotto di correnti nervose le quali o partono da tutto il corpo per andare a stimolar qualche muscolo o fanno il cammino inverso, sempre passando per la corteccia stessa. Di tali correnti si dovrebbero perciò ammettere più serie. La prima nascerebbe dai sensi, dietro lo stimolo delle variazioni ambientali, e attraverso centri spinali o subcorticali si recherebbe ad alcuni organi motori. Le modifiche di queste genererebbero nuove correnti, che attraverso la corteccia cerebrale perverrebbero a tutta la periferia corporea, stimolandola a una reazione, ossia alla produzione di una terza serie di correnti dirette per la via della corteccia a particolari gruppi di muscoli, significatrici di tendenza a un dato genere di modifiche dell'ambiente esterno. Dai detti gruppi stimolati partirebbero altre correnti in senso inverso, che portandosi alla periferia corporea susciterebbero altre tendenze per atti di varia specie con cui indurre dette modifiche. Una prima col solito andirivieni delle correnti, ne susciterebbe una seconda, questa una terza e così via via. Le tendenze si moltiplicherebbero fino ad esaurimento dell'obbiettivo generico o con l'esecuzione di un dato movimento o con una particolare modifica di tutta la periferia corporea così da rendersi questa idonea a nuove reazioni, rispondenti a nuove tendenze.

Alla miglior struttura cerebrale corrisponderebbe una maggiore potenzialità psichica nel senso che la corteccia si renderebbe sempre più capace, sotto l'azione di adeguati stimoli della periferia corporea: 1) di dirigere le correnti nervose, provenienti da questa, a gruppi muscolari sempre meglio delimitati; 2) di modificare l'intensità di dette correnti in modo che alla tendenza segua o non il relativo movimento; 3) di modificare analogamente l'intensità delle correnti che fanno il cammino opposto, in modo che sia più o meno facile il risveglio di altre tendenze, di quelle che rappresentano dati obbiettivi generici o di quelle che rappresentano particolari modi di raggiungere detti obbiettivi.

D'altro canto alla migliore struttura (chimica?) della periferia corporea corrisponderebbe una maggiore sua eccitabilità, una maggior quantità di correnti nervose, una maggior quantità di tendenze coesistenti, una maggior capacità d'influenzar la corteccia cerebrale perchè esplichi la sua funzione nell'uno o nell'altro dei sensi sopra indicati, e sopratutto una maggior facilità di variazione della struttura stessa così da derivarne nuovi poteri reattivi.

Ma quale che sia la localizzazione precisa dei fenomeni psichici, l'importanza della concezione dell'A. sta nel fornir essa criterii inequivocabili di delimitazione delle varie sindromi psicopatiche. Considerati detti fenomeni come attività motorie ora favorite ora inibite, in reazione a variazioni ambientali, tendenti ciascuna a indurre ad altre modifiche ambientali, realizzandone qualcuna or nell'ambiente esterno, or nell'individuo per ciò che è capacità di nuovi atti, nella patogenesi dei disturbi psichici si dovrebbe tener conto dei poteri stimolanti, dei poteri reattivi ai vari stimoli, della potenzialità di tradurre date reazioni in date azioni modificatrici. Niun dubbio che coesistano di solito disturbi di tutte e tre le specie, gli uni favorendo gli altri. Così un difetto di reattività implica riduzione di stimoli a controreazioni; una reazione che si traduca in attività diversa da quella sua propria genera stimoli incongrui per controreazioni e così via. Non dovrebbe però riescir difficile distinguere ciò che è primitivo da ciò che è secondario, la lesione più strettamente organica da quella funzionale. Nel lavoro di Montesano ai mezzi distintivi si dà massimo rilievo come pure alle sindromi in cui prevale l'una più che l'altra patogenesi. Vengono così ricordati i disturbi dovuti a puro difetto di funzione dei sensi, quelli dovuti a difetto di trasmissione delle correnti, che dovrebbero provocare una reazione (a es. il coma); quelli esponenti di un puro difetto di reattività (a es. lo sbalordimento, lo stupore); quelli esponenti d'un suo eccesso, generale o parziale (stati di eccitamento, a es. o esuberanza di temperamento) or con persistenza or con facile esauribilità della reazione esagerata (stati passionali, rispettivamente debolezza irritabile); quelli paragonabili alle irregolarità di un apparato elettrico nel quale si siano stabiliti contatti o resistenze abnormi (illusioni, allucinazioni, delirio, rispettivamente debolezza menta-

le ecc.). Oltre le sindromi pure, vengono lumeggiate le sindromi miste tipiche, così da potersi detto lavoro considerare come un piccolo trattato di psicopatologia.

Con le delimitazioni in esso stabilite dovrebbe riuscir agevole una cura non troppo empirica, invece che sindromatica-sintomatica, ma dovrebbero sopratutto rendersi più facile risalire all'anatomia patologica e all'etiologia.

Alle lacune, alle incertezze attuali contribuisce non poco il modo troppo vago con cui generalmente vengono concepite le sindromi da servire per ricerche comparative, sicchè resta difficile all'uno comprendere su qual materiale l'altro abbia lavorato e controllarne i risultati. Ci è nel lavoro di Montesano la possibilità di escire dall'equivoco, e già solo per questo l'importanza sua viene ad esser notevole.

DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Clinica e terapia delle diatesi emorragiche.

(JAGIC e KLIMA. *Münch. Med. Woch.*, 23-III-1934).

Gli AA. riprendono in questo loro articolo l'appassionante problema delle diatesi emorragiche.

La sintomatologia di queste malattie è troppo nota perchè occorra riferirla; in quanto alla etiologia, esse sono talora malattie primitive, talora esprimono soltanto l'esistenza di un altro stato morboso.

Il loro meccanismo patogenetico è tutto compreso nei disturbi dell'arresto delle emorragie e della coagulazione: la cessazione di un emorragia è funzione non soltanto dei trombociti, ma anche delle pareti capillari — di cui può essere danneggiata la trama costitutiva o l'innervazione: è noto a tutti, ormai, che la piastrinopenia non basta, da sola, a determinare una diatesi emorragica.

Le diatesi trombopeniche colpiscono di preferenza il sesso femminile e l'età giovane; talora è stato possibile dimostrare l'esistenza di un rapporto tra fasi genitali femminili (mestruazioni, gravidanza, ecc.) e tendenza alle emorragie.

Il numero delle piastrine diminisce fortemente, la loro forma si altera; il tempo di emorragia è prolungato, il segno del laccio è positivo e il coagulo si retrae in maniera imperfetta.

Il danno dei capillari, aggiungendosi alla scarsezza delle piastrine, può scatenare acutamente una diatesi emorragica: talora la trombopenia non è che il primo segno di una panmielottisi, che porterà poi a morte col quadro dell'anemia arigenerativa.

La terapia si basa sulle trasfusioni di sangue (una o più), sulle iniezioni di sangue intramuscolari, le applicazioni locali di clauden, di coaguleno e di stryphnon (nuovo preparato ad azione adrenalinosimile e che può essere anche dato una volta al di per iniezione intramuscolare o endovenosa) associate all'uso endovenoso di cloruro o gluconato di calcio, la somministrazione di un'alimentazione ricca di vitamine, l'irradiazione o l'estirpazione della milza.

Quando la trombopenia sia l'indice di un'altra malattia (tifo, tumori delle ossa, leucemia, avitaminosi, sepsi, ecc.) è necessario rivolgere alle singole cause tutta la cura; ad esse è anche legata la prognosi.

Una terapia puramente sintomatica, analoga a quella accennata prima, va seguita nel caso della tromboastenia, malattia ereditaria che si manifesta già nell'infanzia ma può durare tutta la vita, e che si fonda su un'alterazione non quantitativa ma morfologica e funzionale delle piastrine.

Nella emofilia, malattia ereditaria che colpisce il sesso maschile ma si trasmette attraverso il femminile, e che presenta la più varia sintomatologia, il segno più caratteristico è quello del prolungato tempo di coagulazione.

Il miglior rimedio trovato finora per l'emofilia è la nateina (v. prima) di cui si devono prendere almeno 20 tavolette al giorno, per lungo tempo; in Germania esistono preparati altrettanto efficaci: l'eviao e il vitophos; si tratta sempre di preparati vitaminici.

Sono anche indicate le applicazioni locali di tamponi, imbevuti di una soluzione di acido lattico al 4 ‰: e l'uso di preparati ovarici. Esiste infine tutto un gruppo di diatesi emorragiche, in cui mancano alterazioni della crasi sanguigna, e il danno è tutto e soltanto a carico dei capillari sanguigni (porpora vascolare o capillarotossicosi).

Le due forme cliniche più note, appartenenti a questo tipo, sono: la porpora di Schönlein-Henoch (con sintomatologia prevalentemente reumatica o addominale) e la porpora da avitaminosi (scorbuto e malattia di Möller-Barlow). (Gli autori Americani insistono molto sulla importanza della prova del laccio, come indice di avitaminosi del tipo C. — *N.d.R.*).

Nel primo caso si seguirà la solita terapia sintomatica, e vi si aggiungerà il salicilato; nel secondo si daranno in larga copia le vitamine mancanti.

Esiste infine tutto un gruppo di diatesi emorragiche (colemiche, uremiche, ecc.) non facilmente inquadrabili; in quanto si è detto finora. (Le ricerche recenti di AA. francesi e italiani permettono però di riconoscere con certezza l'esistenza di un elemento vasale nella patogenesi delle diatesi emorragiche di origine epatica. — *N. d. R.*). V. SERRA.

Porpore emorragiche e trombopenia.

(I. ROSKAM. *Le Sang*, n. 2, 1934).

Molte sindromi emogeniche (porpora emorragica idiopatica, porpore emorragiche sintomatiche, piccola emogenia, ecc.) sono state attribuite da numerosi AA. alla sola povertà del torrente circolatorio in piastrine, sulla base di argomenti clinici e sperimentali, e cioè:

1) La pretesa constatazione, in tutti i casi di sindrome emogenica nell'uomo, di una trombopenia tanto più considerevole quanto più è severa la diatesi emorragipara e più pronunciata l'incoercibilità delle emorragie; l'accentuazione della trombopenia ogni volta che lo stato emorragico si aggrava; inversamente il costante arricchimento del sangue in piastrine durante le remissioni spontanee o provocate dell'affezione.

2) La possibilità di provocare sperimentalmente una sindrome emogenica nell'animale a mezzo di sostanze tossiche che abbassano la cifra delle piastrine del sangue circolante; il preteso parallelismo che esisterebbe in queste porpore emorragiche provocate fra la gravità dello stato emorragico e l'intensità della trombopenia; il fatto infine che i soli sieri citotossici purpurigeni sono i sieri contenenti degli anticorpi antipiastrine.

Da questi argomenti si è dedotto che le sindromi emogeniche sono delle affezioni puramente sanguigne, delle semplici trombopenie essenziali o sintomatiche. L'A. non sottoscrive questa conclusione.

In effetti, contrariamente all'affermazione dei partigiani dell'origine puramente trombopenica delle sindromi emogeniche, non vi è, in clinica umana, un parallelismo stretto e costante fra l'intensità della trombopenia e la gravità dello stato emorragiparo. Certe porpore severe non si accompagnano a trombopenia e, inversamente, si possono osservare delle trombopenie intense alle quali non si associa alcuna manifestazione emorragica.

Per spiegare i casi di porpora severa senza trombopenia si può invocare l'intervento di una minore agglutinabilità delle piastrine, di una « tromboastenia », ma Jürgens stesso ha dimostrato che non vi è parallelismo stretto fra prolungamento del tempo di trombosi — misura dell'inagglutinabilità delle piastrine nei trombastenici, espressione della povertà del sangue circolante in trombociti nei trombopenici — e quella del tempo di emorragia.

D'altra parte, la constatazione di forti riduzioni numeriche delle piastrine senza diatesi emorragipara, specialmente nei purpurici gravi guariti per splenectomia malgrado l'assenza di ogni arricchimento marcato del loro sangue in trombociti, non è compatibile con il concetto trombopenia essenziale.

L'ineguaglianza dei tempi di emorragia ricercati nello stesso momento, ma in distretti differenti del tegumento cutaneo, fa ugualmente pensare che la porpora emorragica, nell'uomo, non dipenda soltanto da un fattore sanguigno e che debba intervenire un fattore periferico, parietale, vascolare.

Anche l'esperimento permette di rifiutare l'origine puramente trombopenica delle porpore emorragiche. Si può, p. es., per mezzo di iniezioni endovenose di gelatina, abbassare fortemente il numero delle piastrine nel sangue circolante senza prolungare il tempo di emorragia. Ugualmente è stato provato che le forti trombopenie risultanti dalla introduzione nel torrente sanguigno di siero-agar o dall'applicazione dei raggi X non si accompagnano ad alcuna comparsa di elementi emorragici.

Bedson suppone che il siero antiemazie, affatto purpurigeno in sè, leda le pareti vascolari. Se questo siero antiemazie non provoca alcuna emorragia, ciò è dovuto, secondo l'A., al fatto che la sua somministrazione non modifica in modo notevole il tenore del sangue circolante in piastrine. Difatti l'iniezione ad uno stesso coniglio di siero antiemazie, generatore di lesioni vascolari, e di siero-agar, fattore di trombopenia passeggera, provoca per l'azione combinata di questi due sieri, isolatamente sprovvisti di ogni azione emorragipara, la comparsa di numerose lesioni purpuriche.

Le esperienze di Bedson parlano dunque a favore dell'origine mista, vasculo-sanguigna, della porpora emorragica.

È sembrato all'A. interessante e utile apportare di questa origine complessa un fascio di prove più dirette, tratte dallo studio della più trombopenica, in apparenza, delle porpore provocate: quella risultante dalla amministrazione del siero antipiastrine.

L'analisi dell'azione di questo siero sull'organismo ha rivelato che esso è dotato contemporaneamente di proprietà trombocitotossiche e angiotossiche. La introduzione parenterale di siero antipiastrine provoca edemi locali, essudati di tipo infiammatorio, ricchi in fibrina ed in leucociti, associati a porpore regionali. Se si dissociano le due azioni, trombocitotossica e angiotossica, del siero, si vede che ognuna di esse non è per sè sola capace di prolungare notevolmente il tempo di emorragia, fatto che invece si verifica se si associano trombopenia e lesioni vascolari.

La più trombopenica, in apparenza, delle porpore emorragiche non è dunque una semplice malattia delle piastrine, una trombopenia essenziale. Non è neppure una semplice endoteliosi parcellare emorragica. Essa ci si presenta come una « angiosi parcellare trombopenica ».

Verosimilmente lo stesso accade in clinica nell'immensa maggioranza dei casi. L'A. pertanto preferisce il nome di endoteliite parcellare emorragica a quelli di trombopenia essenziale, di trombostenia e di trombopatia costituzionale.

C. TOSCANO.

Gli accidenti bucco-faringei dei leucemici.

(P. EMILE-WEIL e P. ISCH-WALL. *Le Bull. Méd.*, 27 gennaio 1934).

Gli accidenti bucco-faringei dei leucemici in generale e della leucemia acuta in particolare, per la precocità della loro comparsa, per la loro frequenza, per il disturbo funzionale che provocano, hanno richiamato l'attenzione degli osservatori, che sono stati indotti a vedere in essi delle lesioni specifiche. Boudet ha recentemente proposto l'ipotesi di una lesione di inoculazione dell'infezione a germe ignoto che rappresenta ai suoi occhi la leucemia acuta.

Gli AA. combattono questo modo di concepire le cose per adottare l'ipotesi opposta della non specificità delle lesioni bucco-faringee dei leucemici, ritenendo tali lesioni dovute ad una pullulazione di germi buccali favorita da una diminuita resistenza del terreno.

Sostengono questa concezione argomenti clinici, anatomo-patologici e terapeutici.

La clinica dimostra che l'aspetto delle lesioni è banale. Niente in esse permette di descrivere un segno caratteristico, particolare all'accidente leucemico. Se la tendenza di queste lesioni alle emorragie locali è più accentuata, ciò è dovuto evidentemente ai disturbi della crasi sanguigna di ordine sopratutto emogenico che in questi malati si constatano abitualmente.

D'altra parte molteplici sono le affezioni sanguigne nel corso delle quali si constatano lesioni bucco-faringee dello stesso tipo.

L'anatomia patologica dimostra che si tratta di lesioni banali. L'esame batteriologico mette in evidenza germi vari della cavità buccale e spesso dei fuso-spirilli, di cui la non specificità è oggi ben nota.

La terapeutica ha infine dimostrato che dette lesioni sono sensibili agli arsenobenzoli allo stesso titolo delle altre stomatiti similari e dell'angina di Vincent.

Gli AA. pertanto considerano lo sviluppo di queste lesioni infettive a tendenza ulcero-necrotica nel corso delle leucemie come l'espressione di una diminuita resistenza locale all'infezione dovuta a modificazioni sanguigne che determinano un indebolimento della fagocitosi. Gli AA. ritengono di poter precisare queste modificazioni sanguigne: il quadro sanguigno che si trova in tutte le lesioni della mucosa faringea è quello dell'agranulocitosi. È la diminuzione degli elementi granulosi nel sangue che condiziona la resistenza dei tessuti in generale e della mucosa buccale in particolare alla infezione. E questo spiega perchè, se la leucemia linfoide cronica permette l'insorgenza degli accidenti bucco-faringei, la leucemia mieloide non la permette che quando la trasformazione in forma acuta ha rovesciato la formula sanguigna e non ha lasciato più apparire in circolo che elementi embrionali agranulosi.

Le lesioni bucco-faringee sono bene un elemento della sindrome agranulocitaria in senso generale, perchè si riscontrano dovunque essa si riscontri e innanzi tutto nella malattia di Schultz, per la quale si è voluto anche decretare un brevetto di specificità in ragione di questi accidenti, e che probabilmente non è che una deficienza ematopoietica dell'organismo attaccato da diverse infezioni, streptococcica in particolare. Le stesse lesioni si riscontrano nelle sindromi agranulocitiche, oggi ben note, di origine tossica (arseno-benzoli, benzoli, bismuto, mercurio, oro).

Questa nozione di sindrome agranulocitica con il suo corollario, la diminuzione di resistenza alle infezioni, distrugge quella della specificità delle lesioni bucco-faringee, delle leucemie in generale e acute in particolare. Queste lesioni mucose possono nonpertanto rappresentare la porta d'entrata dell'infezione spesso così severa che accompagna e dà il suo carattere particolare all'evoluzione della leucemia acuta, dato che numerose leucemie acute, nel corso delle quali dette lesioni non si manifestano, evolvono verso la morte senza che la malattia prenda l'aspetto dell'infezione a sintomi eclatanti. C. TOSCANO.

ORGANI DIGERENTI.

La steatorrea idiopatica. La sprue tropicale e non tropicale e l'infantilismo intestinale.

(TH. E. HESS THAYSEN. *Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutr.*, febbraio 1934).

La sprue dei tropici e l'infantilismo intestinale, descritto già nel 1888 da Gee sotto il nome di morbo celiaco, furono considerate fino a pochi anni or sono due malattie diverse. Nel 1928 l'A., in una comunicazione alla Società Danese di Medicina Interna, dichiarava che la sprue e l'infantilismo intestinale sono malattie molto vicine fra loro e forse identiche. Questa opinione, accettata da alcuni AA., non ha finora conquistato la maggioranza dei suffragi. Gli argomenti che si oppongono alla identità delle due malattie sono i seguenti.

In primo luogo, la sprue è una malattia che si riscontra solo in certi paesi tropicali o subtropicali, l'infantilismo intestinale (che per ragioni pratiche l'A. chiama affezione celiaca dei bambini) non è descritto che nei paesi a clima temperato. È questo l'argomento maggiore contro cui urta la dottrina della identità delle due malattie, poichè si vede in questa particolarità, non senza ragione, la prova di una differenza etiologica fra le due affezioni.

In secondo luogo non vi è di comune fra le due malattie che i loro tratti più grossolani.

In terzo luogo la sprue attacca gli adulti, l'infantilismo intestinale solo i bambini.

In quarto luogo la sprue è un'enterite batterica specifica, mentre l'infantilismo intestinale è un'anomalia costituzionale.

Per quanto riguarda il primo argomento, l'A. ricorda che esistono nella letteratura medica 34 casi di una malattia che i medici tropicali concordemente qualificano come sprue sviluppatasi al di fuori delle regioni tropicali. Non vi sono dunque due ma tre malattie simili: la sprue tropicale, la sprue non tropicale e l'infantilismo intestinale. La sprue non tropicale costituisce un anello di passaggio fra la sprue tropicale e l'infantilismo intestinale. Resta dunque a dimostrare che, secondo ogni verosimiglianza, queste tre malattie sono identiche e questa dimostrazione, data la nostra ignoranza sull'etiologia reale di queste malattie, deve poggiare su di uno studio minuzioso del loro quadro clinico.

La sprue tropicale, la sprue non tropicale e l'infantilismo intestinale danno ai malati un aspetto molto uniforme .Nelle tre malattie troviamo i tre sintomi principali segnalati da Gee: il dimagrimento, l'atrofia muscolare e il meteorismo; l'aspetto delle feci è uguale.

Le tre affezioni iniziano generalmente in modo insidioso, cosicchè è molto difficile precisare l'epoca di inizio. Il peso delle evacuazioni alvine può elevarsi, negli adulti, fino 1,5, 2 kgr. al giorno. La loro grande abbondanza, la loro colorazione biancastra o bianco-giallastra, il loro odore acido sono dovuti non ad un difetto di bile, ma al tenore anormale in grassi, specie in acidi grassi.

Un altro fatto molto importante e comune alle tre malattie è che le feci non contengono una proporzione anormalmente grande di azoto. La digestione normale delle sostanze albuminoidee è dunque un tratto comune alle tre malattie. Inoltre le ricerche sul quoziente respiratorio hanno dimostrato che la digestione degli idrati di carbonio può essere normale, cosicchè il disturbo nutritivo riguarda unicamente i grassi alimentari.

Riguardo al dimagrimento, che può essere scheletrico, è da notare che la perdita di peso si stabilisce straordinariamente presto durante i periodi diarroici e, di regola, si ripara prontamente durante le remissioni, e che le grandi oscillazioni di peso che caratterizzano l'infantilismo intestinale sono anche privilegio della sprue tropicale e non tropicale.

Il meteorismo è un sintomo costante nelle tre malattie ed è dovuto alla distensione sopratutto del grosso intestino. Esso è la causa della diminuzione della ottusità epatica la quale, nei casi gravi, è anche il risultato di un'atrofia da inanizione.

Comuni alle tre malattie sono anche l'atrofia muscolare diffusa e la temperatura normale.

Come sintomi invece che separano la sprue dall'infantilismo intestinale sono indicati la stomatite e l'anemia.

Gli AA. inglesi hanno accordato una grande importanza alla stomatite aftosa per la diagnosi della sprue tropicale. Ma la stomatite non è un fenomeno costante, perchè manca nel 20-30 % dei casi, ha una estensione straordinariamente varia e non è un fenomeno specifico della sprue. Nella sprue non tropicale si è trovata la stomatite, sopratutto sotto forma di glossite, in 26 pazienti su 34 questa glossite aveva esattamente lo stesso aspetto, la stessa localizzazione, la stessa irregolarità di comparsa che nella sprue tropicale. Anche nell'infantilismo intestinale è stata osservata in alcuni casi una stomatite esattamente della stessa natura. Dunque, relativamente alla stomatite, non vi è alcuna differenza essenziale fra le tre malattie; vi è solo una differenza di frequenza. Del resto la stomatite è un fenomeno secondario non raro ad osservare in pazienti anemici con disturbi cronici gastro-intestinali. L'atrofia linguale che si verifica nella sprue tropicale e non tropicale si ritrova anche nell'infantilismo intestinale e, quando è associata a una glossite del bordo linguale, dà alla lingua l'aspetto della glossite di Hunter dell'anemia perniciosa.

Quanto all'anemia è stata notata una differenza importante fra la sprue tropicale e l'infantilismo intestinale. Nella prima essa sarebbe spesso ipercroma, nella seconda sarebbe sempre semplice o ipocroma.

Ora, uno dei tratti clinici più evidenti dell'anemia nelle tre affezioni prese in esame è il suo aspetto polimorfo. Tanto nella sprue tropicale che nella subtropicale essa è talora ipocroma talora ipercroma e nel corso della malattia può cambiare di tipo. Gli stessi fatti si osservano nell'infantilismo intestinale. Se il quadro ematologico di un'anemia ipercroma si osserva molto più raramente nell'infantilismo intestinale è perchè l'apparato ematopoietico del bambino è molto meno incline di quello dell'adulto a reagire con un'anemia ipercroma macrocitica.

L'achilia o l'ipochilia gastrica è una complicazione frequente, che si è constatata in circa la metà dei casi di sprue tropicale, di sprue non tropicale e di infantilismo intestinale. L'achilia può essere permanente ma più spesso si stabilisce nel corso delle recidive e scompare durante la remissione; però non è costante in tutte le recidive, e tale comportamento si riscontra sia nelle due forme di sprue che nell'infantilismo intestinale.

Data la frequente coesistenza di un'achilia e di un'anemia ipercroma, la sprue viene non infrequentemente confusa con l'anemia perniciosa. Nell'anemia perniciosa però l'achilia è costante in ogni stadio dell'affezione e non è influenzata dal trattamento epatico e dalle inie-

zioni di istamina; nella sprue tropicale e non tropicale l'achilia può essere costante, ma più spesso non compare che durante le recidive e scompare durante le remissioni e generalmente è sensibile alle iniezioni di istamina. Inoltre l'anemia ipercroma della sprue si sviluppa frequentemente in seguito ad un'anemia ipocroma.

I disturbi psichici (depressione, irratibilità, raramente vere psicosi) sono comunissime nella sprue tropicale e non tropicale e i bambini affetti da infantilismo intestinale sono spesso dei nevropatici. Per contro i sintomi di alterazione organica del sistema nervoso centrale sono straordinariamente rari.

Un sintomo della sprue non tropicale al quale non si è prestata abbastanza attenzione è costituito dai dolori alla regione del sacro e alle grandi articolazioni con irradiazioni agli arti, dolori dovuti ad una osteoporosi. Nell'infantilismo intestinale si trovano le stesse alterazioni ossee, ma di grado ancora più marcato e con una frequenza maggiore, dato che i bambini non posseggono nelle loro ossa le grandi riserve calciche degli adulti.

Se il metabolismo anormale del calcio, di cui l'osteoporosi è la conseguenza, si prolunga per un tempo sufficiente, si sviluppano negli adulti le deformazioni ossee tipiche dell'osteomalacia. Nell'infantilismo intestinale, complicato con osteoporosi, si trovano delle deformazioni ossee corrispondenti a quelle dell'osteomalacia sotto l'aspetto ben noto delle deformazioni rachitiche, deformazioni descritte nella letteratura medica sotto il nome di rachitismo celiaco.

Nella sprue tropicale i dolori articolari, agli arti e alla regione lombare non sono eccezionali, ma non è dimostrato che possano essere dovuti ad una osteoporosi.

Gli studi sull'argomento però dimostrano che anche nella sprue tropicale il metabolismo del calcio è talora anormale; se l'anomalia non raggiunge in questi casi il grado che si riscontra nell'infantilismo intestinale e nella sprue non tropicale, la ragione è che nei paesi tropicali i malati sono sottoposti ad una luce solare intensa e continua.

Una complicazione delle più comuni nella sprue non tropicale è la tetania; essa si riscontra anche nella sprue tropicale e nell'infantilismo intestinale. Le modificazioni del metabolismo calcico possono fortemente predisporre alla tetania, ma allo sviluppo di questa complicazione è necessaria la carenza delle paratiroidi.

Nella sprue tropicale, oltre ai disturbi gastrointestinali, si osservano nei casi gravi dimagrimento, adinamia, pigmentazione e ipotensione, tanto da permettere la confusione con la malattia di Addison. Questo stesso errore di diagnosi fu commesso in un caso di sprue non tropicale ed anche nell'infantilismo intestinale non è raro riscontrare sintomi analoghi a quelli della malattia di Addison.

In tutte e tre le malattie l'A. ha dimostrato la frequenza con la quale si osserva una curva glicemica bassa, caratterizzata dal fatto che, dopo somministrazione di 50 gr. di glucosio la curva è notevolmente meno alta del normale. Essendo il metabolismo degli idrocarbonati normale tanto nella sprue che nell'infantilismo intestinale, l'A. inclina a credere che la curva glicemica bassa sia l'indice di un disturbo nella regolazione dello zucchero del sangue, disturbo che dipende certamente dallo stato funzionale delle ghiandole endocrine.

Il metabolismo basale è in questi malati spesso aumentato.

In conclusione, dal punto di vista clinico, astrazion fatta dell'infantilismo, non vi è un sintomo che non sia comune alle tre malattie; la differenza con la quale si riscontrano certi sintomi è dovuta alle diversità di età e di clima che presiedono allo scoppio di queste malattie.

La terza obiezione in nome della quale si respinge l'identificazione dell'infantilismo intestinale e della sprue tropicale è basata sulla affermazione che la sprue tropicale non colpisce i bambini. Questo è però un errore, perchè in diverse statistiche si trovano registrati casi di sprue tropicale in bambini. Nondimeno bisogna convenire che la sprue tropicale colpisce raramente i bambini nati sotto i tropici, fatto che non possiamo spiegare. D'altra parte, se consideriamo i fatti di infantilismo intestinale come fatti di sprue non tropicale nei bambini, noi constatiamo per le zone temperate un fenomeno inverso, cioè che la sprue non tropicale attacca più spesso i bambini che gli adulti, cosa anch'essa poco comprensibile.

L'ultimo argomento contro l'identificazione della sprue tropicale e dell'infantilismo intestinale è, come abbiamo visto, un argomento etiologico.

La sprue tropicale non compare in forma epidemica e non si è mai riusciti a scoprire il microrganismo specifico al quale sarebbe dovuta la malattia.

In favore della teoria infettiva si è portato il fatto che la sprue tropicale affetta talora persone che vivono insieme e il fatto che l'incubazione della malattia ha una durata fissa. Il primo argomento non sarà probativo finchè non si stabilirà se la frequenza con la quale la sprue attacca le persone che vivono insieme è maggiore di quella che si può prevedere in base alla frequenza generale della malattia.

La fissità del periodo di incubazione è un argomento poco convincente perchè è riconosciuto che la sprue non si contrae che dopo un soggiorno di parecchi anni sotto i tropici.

L'argomento principale della teoria che vuol veder nella sprue tropicale una malattia da infezione specifica è la presenza di una enterite o di una enterocolite anatomicamente caratteristiche. Ora, l'atrofia intestinale descritta da Jaher come causa della sprue tropicale è un fenome-

no post-mortale; d'altra parte l'A. ha dimostrato che le modificazioni osservate nel tubo intestinale sono talmente varie, sia per sede che per intensità, che non si può in alcun modo caratterizzarle, che il tubo intestinale in circa la metà dei casi non dimostra alcun indice di infiammazione e che, data la frequenza delle infezioni intestinali nelle regioni tropicali, conviene considerare l'enterite come un fenomeno secondario e non come la causa della malattia.

Non vi è dunque alcuna differenza nel modo di considerare le lesioni anatomiche dell'intestino nelle tre malattie.

Negli ultimi tempi è stata avanzata l'ipotesi che la sprue sia una avitaminosi. Ma, a parte il fatto che non si è ancora provocato per via sperimentale una malattia che somigli alla sprue e ad indicare la vitamina che sarebbe in difetto, lo sviluppo della malattia in popoli viventi in modi interamente differenti è già poco favorevole all'idea di una avitaminosi.

La teoria secondo la quale le tre malattie risultano da un'anomalia costituzionale e le infezioni precedenti, sopratutto dell'intestino, hanno un'importanza nell'etiologia come fattori determinanti, permette di mettere accanto la sprue tropicale e non tropicale e l'infantilismo intestinale. Dal punto di vista però della loro causa intima nulla sappiamo.

Si è d'accordo nell'ammettere che il sintomo capitale delle tre malattie sia un disturbo intestinale che provoca la steotorrea e che gli altri sintomi siano secondari. La steotorrea è verosimilmente enterogena, benchè non esistano le prove anatomo-patologiche dell'esistenza di un affezione intestinale.

In conclusione la sprue tropicale, la non tropicale e l'infantilismo intestinale possono raggrupparsi sotto il nome di « steatorrea idiopatica ». C. TOSCANO.

Simpatectomia addominale per megacolon congenito e descrizione di un caso curato.

(STANLEY B. THOMAS. *Medical Times and Long Island Medical Journal*, ottobre 1933).

Nel 1927 Wade e Royle riferirono che in casi di malattie di Hirschsprung la sezione del nervo simpatico tributario dell'ansa intestinale malata aveva prodotto un notevole miglioramento o una vera guarigione. Nessuna cura medica o chirurgica prima di questa aveva dato qualche buon risultato; così le anastomosi intestinali con esclusione dell'ansa malata o la resezione di quest'ultima.

Con l'operazione di Royle si asportano dal 1° al 4° ganglio simpatico lombare e la porzione corrispondente della corda attraverso un'incisione lombare; si interrompono anche i rami comunicanti. Questa operazione si fa per via extraperitoneale ed è alquanto difficile.

Nel 1930 Raukin e Learmouth sezionarono le fibre del nervo che provvede all'intestino malato attraverso una laparotomia addominale. Questa operazione sembra essere quella di scelta nella cura del megacolon congenito.

Le molte teorie sulla etiopatogenesi non sono molto convincenti; ma quest'atto operativo è basato sulla supposizione che i nervi simpatici dell'intestino inibiscano il tono o il potere di contrazione e producano contemporaneamente uno spasmo dello sfintere anale. Per un fattore sconosciuto, probabilmente di natura allergica e agente sul feto nell'utero, i nervi simpatici sono stimolati e il segmento affetto è tenuto perciò in uno stato così detto di « riempimento », essendo incapace di svuotarsi del suo contenuto.

Fortunatamente per l'operatore i nervi che devono essere sezionati sono facilmente accessibili attraverso la via addominale. Il nervo simpatico che provvede al colon distale termina nel nervo mesenterico inferiore o nervo del plesso, quest'ultimo è connesso al disopra con i grandi plessi addominali e riceve rami dai gangli lombari superiori, i quali si riuniscono per formare un nervo immediatamente al disotto dell'origine dell'arteria mesenterica inferiore o al livello della terza vertebra lombare.

Il nervo che porta fibre di moto allo sfintere interno è il n. presacrale, che contiene tutte le fibre efferenti viscerali, provenienti dalla parte preganglionare toracicolombare. Esso è accessibile chirurgicamente al livello della 5ª vertebra lombare quando la incrocia sulla linea mediana per entrare nella pelvi ed è raggiunto sotto questo livello da rami che provengono dal 2°, 3° e 4° ganglio simpatico lombare. Il nervo presacrale comunica con il n. mesenterico inferiore per mezzo di un ramo che passa in alto sopra la biforcazione dell'aorta addominale.

Relazione sul caso.

Il paziente, maschio, ha 7 anni al tempo dell'operazione. Fu ricoverato la prima volta all'ospedale il settembre 1931 per vomito alimentare, dolore epigastrico e insufficiente peristalsi intestinale da undici giorni. Questi sintomi avevano avuto inizio tre giorni dopo la nascita e si dovette ricorrere ad un allevamento artificiale per il vomito persistente. I sintomi perdurarono fino all'età di quattro anni con periodi di sosta, allora fu mandato all'ospedale con diagnosi di pilorospasmo.

Uno studio radiologico del tratto gastrointestinale rivelò un colon fortemente dilatato specialmente a carico del segmento sigmoideo. Migliorando con un trattamento dietetico, il bambino fu rinviato; ma tornò nel maggio 1932 con una storia di stipsi ostinata, vomito e dolore addominale. L'esame radiologico adesso rivelò una massa pastosa che delineava il sigma e che si estendeva dal margine costale fino alla pelvi che riempiva. Con ripetuti clisteri questa massa disparve in circa una settimana.

Si opera il paziente in posizione di Trendelenburg, la linea d'incisione laparotomica è sul margine esterno del muscolo retto sinistro e si estende tanto al disopra che al disotto dell'ombelico. Il cieco e il colon fino al sigma appaiono normali nella posizione e nell'aspetto. Il sigma è molto ispessito e disteso e forma delle pieghe nella pelvi. Si sposta verso l'alto l'intestino tenue e si tira verso sinistra il sigma. L'origine dell'arteria mesenterica inferiore si trova in alto e il margine della pelvi in basso; tra questi due punti si incide il peritoneo posteriore e separando i due lembi si espone subito il n. presacrale; il nervo risulta formato di parecchi cordoni anastomizzati tra di essi, si nota che uno dei cordoni sovrasta gli altri per la grandezza. Si individuano i rami comunicanti dal quarto ganglio simpatico lombare e si legano e si recidono quelli presacrali al disotto di questo punto. Si disseca il nervo verso l'alto e si dividono i rami comunicanti dai due lati fino all'unione col plesso mesenterico inferiore, vicino all'origine dell'arteria mesenterica inferiore. Il nervo mesenterico superiore è sezionato insieme al ganglio, che nei bambini segna la sua unione col ramo comunicante del primo ganglio simpatico lombare. I nervi sezionati sono asportati in un solo blocco.

Quindi si pratica una sutura continua del peritoneo posteriore e si chiude l'addome dopo l'asportazione dell'appendice.

Normale il decorso postoperatorio. Si pratica un clistere al 4° giorno, ma dal 6° giorno le deiezioni sono regolari e le condizioni generali del bambino migliorano progressivamente. Uno studio radiologico del colon mostra che l'intestino è quasi normale in grandezza e capacità. R. MARTONE.

MISCELLANEA.

L'intossicazione acuta da barbiturici ed il suo trattamento.

(D. DENECHAU e R. BONHOMME *Le Bull. Méd.* 24 marzo 1934).

I casi di intossicazione acuta da barbiturici, gardenal e veronal specialmente, si moltiplicano.

Clinicamente gli intossicati acuti da barbiturici sono dei comatosi ed è solo nei primi istanti dopo l'assorbimento del tossico che si potrà osservare una fase di eccitazione con aspetto ebbero, delirio, tremori, disartria.

Ora, questo coma non è sempre di diagnosi etiologica facile. I suoi caratteri variano: talora è intramezzato da fasi di pianto e di agitazione durante le quali il malato reagisce nettamente alle eccitazioni, coma vigile; talora profondo, invincibile, per quanto alcuni movimenti di reazione persistano alle eccitazioni, specie i movimenti di difesa; talora assoluto, con riflessi aboliti, ritenzione completa di urine e feci, Cheyne-Stokes, polso lento e piccolo. Alcune volte delle eruzioni di tipo vario si manifestano, eritematose o bollose; più frequentemente si tratta di un largo eritema seguito dalla comparsa di una bolla precoce a livello del sacro, dei reni, del gomito.

Tre cose sono da ritenere. Da una parte l'esistenza di una *poussée* febbrile che si presenta subitamente senza causa apparente e senza brividi al secondo o terzo giorno, mentre nelle prime 48 ore la temperatura era normale. La febbre raggiunge quasi immediatamente 39°-40°, persiste 48 ore, poi cade brutalmente o si abbassa per lisi permettendo, in questo momento, un prognostico favorevole. Quando persiste, irregolare ma elevata, essa è l'espressione di una complicazione polmonare o di una infezione secondaria, da escara per esempio, o di intossicazione profonda da barbiturici. La temperatura immediata, elevata, nelle prime ore, sembra ugualmente di prognosi grave.

In secondo luogo bisogna tener conto della frequenza di accidenti polmonari, congestioni, edema polmonare acuto, ad evoluzioni in genere grave ma a scomparsa rapida nei casi favorevoli.

Infine è da ricordare la possibilità in ogni istante, anche al momento del risveglio, della comparsa di accidenti bulbari capaci di portare alla morte immediata, sia per disturbi respiratori e apnea brutale e definitiva, sia per sincope o meglio collasso cardiaco. Da ciò la necessità di una sorveglianza costante e vigile.

La guarigione si manifesta lentamente: in seguito a iniezioni di stricnina, e immediatamente dopo di esse, ricompaiono i riflessi, la risposta alle eccitazioni, poi il coma riprende profondo come prima. Ad un certo momento infine l'intossicato si risveglia come un alcoolico acuto che sorte dalla sua ebbrezza, con un po' di delirio onirico, un po' di agitazione: infine tutto si ristabilisce in alcune ore.

Questa evoluzione può raggiungere 7-8 giorni. Si comprende, in un coma di tale durata e che sembra ad ogni istante poter portare alla morte, l'importanza di tutti gli elementi capaci di fissare il prognostico.

Ci si può innanzi tutto basare sulla natura e la dose del tossico assorbito. Il gardenal sembra due volte più tossico del veronal, il dial per alcuni sarebbe meno tossico del veronal. La dose ha un valore relativamente secondario, rispetto al fattore tolleranza individuale.

La temperatura precoce e che resta elevata comporta una prognosi seria; lo stesso si può dire se fa completamente difetto e se l'intossicazione sembra profonda. Quando la temperatura compare solo al secondo giorno e, anche se elevata, non dura che 24-48 ore, essa è di prognosi favorevole.

Di regola esiste una leucocitosi importante con polinucleosi che persiste anche in assenza di focolai polmonari.

Al momento del risveglio si ha una eosinofilia di buon augurio, poi i leucociti diminuiscono e una mononucleosi relativa rimpiazza la polinucleosi. Le lesioni polmonari sono di prognosi particolarmente grave. Infine una cifra elevata di urea sanguigna non si ha che nei casi disperati ed annunzia la morte prossima.

Il trattamento con la stricnina rimonta solo al 1932. Hoggard e Greemberg, cercando un antidoto contro la stricnina, scoprirono l'azione quasi insperata dei preparati di malonilurea, di cui la dose solamente stupefacente giugula cinque dosi mortali di stricnina. Rovesciati i fattori, la stricnina appariva un vero antidoto nelle intossicazioni barbituriche.

Il principio della cura, dato da Ide, di Lovanio, è il seguente: una dose mortale, cioè che può uccidere, ma che uccide raramente, sarà giugulata da cinque dosi mortali di stricnina. La dose mortale di gardenal sarebbe di gr. 1.50, quella di veronal di 3 gr., mentre quella di stricnina non supera i 3 centigr. Gli AA. sono arrivati ad iniettare 48 centigr. di stricnina, qualche A. è arrivato a gr. 1.30, cifra esorbitante, ma che dimostra la tolleranza di questi intossicati per la stricnina ed anche come la pratica differisce dall'esperimento.

L'esperimentatore infatti agisce subito, appena il tossico è assorbito, mentre il medico non potrà spesso intervenire che alcune ore più tardi.

La condotta terapeutica può così riassumersi:

1) Appena supposta l'intossicazione, fare un lavaggio dello stomaco o iniettare 1 centigr. di apomorfina.

2) Immediatamente, senza alcun ritardo, cominciare la cura di stricnina. Essa comporterà delle iniezioni endovenose regolari, in ragione di un minimo di un centigrammo per ora, giorno e notte, o più ancora. Gli AA. consigliano di arrivare a 3 centigr. per ora nelle prime ore, iniettando una mezza dose per volta, cioè un centigrammo e mezzo ogni mezz'ora, continuando in seguito con un centigrammo per ora.

La sorveglianza sistematica del malato ed il senso clinico dovranno guidare la terapia caso per caso. Se il torpore è al massimo si aumenta la dose. Se ad ogni iniezione si ottiene una reazione netta (un movimento, la ricomparsa almeno per un istante dei riflessi) la dose iniettata è la dose utile da ripetere senza aumenti ma senza diminuzioni. Se si provoca invece una riflessività vivace, un leggero trisma, un po' di opistotono, bisogna diminuire la dose, ma perseverare. La cura va proseguita fino al risveglio, adattandola alla intensità delle reazioni. Gli AA. ai primi segni del risveglio, sostituiscono alla via venosa la via intra-muscolare, meno brutale.

3) Come trattamenti associati trovano indicazioni l'acido carbonico, per inalazione o per iniezione sottocutanea, i tonici del cuore, specie la coramina per via endovenosa alla dose di 3 cc. alla volta in parecchie riprese, il salasso. Saranno poi indicati l'igiene generale, il sondaggio regolare asettico della vescica seguito da lavaggio, la cura di tegumenti e sopratutto la lotta contro l'escara precoce e rapidamente evolutiva.

Bisogna evitare ogni movimento al malato, poichè il minimo tentativo di metterlo seduto, di farlo bere possono provocare una crisi di apnea o un collasso fatale.

C. Toscano.

Nuovi orizzonti per la terapia ormonica in ginecologia.

(H. Buschbeck. *Deutsche Med. Wochenschr.*, n. 11, 1934).

Due specie di ormoni regolano il ciclo estrale della donna: gli ormoni ovarici e gli ormoni del corpo luteo. Gli ormoni ovarici si formano in quantità progressivamente crescente nei 15 giorni che seguono l'inizio della mestruazione. Verso il 15° giorno il follicolo maturo scoppia, l'uovo passa nell'utero, l'involucro follicolare si trasforma in corpo luteo; comincia la produzione di un nuovo ormone, l'ormone del corpo luteo. L'ormone follicolare provoca la proliferazione della mucosa uterina, l'ormone del corpo luteo provoca una secrezione della mucosa proliferata. Il corpo luteo persiste per soli 15 giorni: cessata la secrezione dei suoi ormoni, cessa anche la secrezione della mucosa uterina proliferata, che allora si sfacela e viene espulsa dall'utero insieme al sangue che esce dai vasi lacerati: la mestruazione.

Esperienze recenti hanno permesso di stabilire con esattezza quale sia la quantità dell'uno e dell'altro ormone necessaria a provocare la manifestazione mestruale: esperienze di Hauptmann, ed esperienze dell'autore, dimostrano che in donne private dell'ovaio si determina una mestruazione dopo l'iniezione di 310,000 unità topo di ormone follicolare e di 90 unità coniglio di ormone del corpo luteo.

Usando preparati molto concentrati è riuscito all'autore di provocare la mestruazione con sole due iniezioni di 100,000 unità topo l'una di ormone follicolare (iniezioni a distanza di 8 giorni) e tre iniezioni di 10 unità coniglio di ormone di corpo luteo (una iniezione al giorno). Naturalmente è necessario iniettare ogni ormone in quel periodo del ciclo in cui esso viene normalmente prodotto: perciò le iniezioni di ormone del corpo luteo vennero iniziate 5 giorni dopo l'ultima iniezione di ormone follicolare. L'ormone follicolare iniettato determina la proliferazione della mucosa uterina; l'ormone del corpo luteo iniettato successivamente determina la fase secretoria che finisce poi con la mestruazione. Volendo somministrare in due sole iniezioni l'ormone follicolare è necessario usare un preparato ad a-

zione protratta, che costituisca quasi un deposito da cui l'ormone possa continuamente venir assorbito ed agire sulla mucosa uterina, imitando le condizioni normali in cui esso viene formato dall'ovaio. Tale preparato è secondo l'A. il « *Progynon* ».

Il metodo dell'autore ha dato buoni risultati in 19 casi di amenorrea: in tutti si potè ottenere la comparsa della mestruazione.

In un altro caso fu necessario aumentare la dose di Progynon fino a 500,000 unità topo: con questa dose si ottenne una mestruazione di media intensità della durata di 4 giorni in una donna amenorroica già da 10 anni.

L'entità della mestruazione dipende esclusivamente dall'ormone follicolare, che è causa della proliferazione della mucosa: quanto maggiore è la quantità di ormone follicolare tanto più grossa diventa la mucosa, e quanto più è grosso lo strato di mucosa proliferata, tanto più è abbondante il flusso mestruale. L'ormone del corpo luteo provoca solo la secrezione dello strato proliferato, non influisce quindi sulla entità della mestruazione. L'A. riuscì infatti a determinare una normale intensità della mestruazione in donne che soffrivano di mestruazione troppo scarsa: naturalmente iniettava l'ormone follicolare nei soli 15 giorni successivi all'inizio della mestruazione, l'ormone del corpo luteo nei 15 giorni seguenti. Molte pazienti oltre ad avere mestruazioni troppo scarse le avevano anche troppo rare, (una ogni 2-3 mesi): dopo l'iniezione di estratto follicolare il ritmo mestruale si regolarizzò subito ad intervalli di 28 giorni.

Diversa ma egualmente buona è la modalità di azione degli ormoni follicolari nelle dismenorree. In queste forme di mestruazioni prolungate ed eccessivamente dolorose l'utero è spesso piccolo e presenta un insufficiente sviluppo della muscolatura. Un tale utero non è in grado di eliminare entro il tempo normale la mucosa che desquama durante la mestruazione, esso si sforza ad assolvere al suo compito contraendosi spasticamente e provocando così vivi dolori. La muscolatura poco sviluppata è troppo debole per contrarre sufficientemente i vasi lacerati, perciò l'emorragia si prolunga. L'ormone follicolare oltre a determinare le alterazioni tipiche della mucosa uterina ha anche una funzione « vegetativa »: esso deve sviluppare e mantenere i caratteri sessuali secondarii, specialmente quelli dell'utero. In casi di ipoplasia della muscolatura uterina sono quindi da attendersi buoni risultati dalla opoterapia follicolare: l'A. è riuscito ad eliminare i disturbi dismenorroici iniettando 20-40.000 unità topo di Progynon, naturalmente sempre nei 15 giorni successivi all'inizio della mestruazione.

Altra indicazione dell'opoterapia follicolare sono i disturbi dovuti a mancata funzione ovarica. I disturbi del climaterio naturale o terapeuticamente anticipato, si possono eliminare spesso iniettando 10-20.000 unità topo di Progynon. In altri casi è necessario arrivare a 100.000 unità topo, ed anche ripetere questa dose: si osserva però allora una particolare azione cumulativa che permette in seguito di diminuire progressivamente la dose ormonica e di prolungare sempre più gli intervalli tra le singole iniezioni.

R. POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

C. B. INVERNI. *Piante medicinali e loro estratti in terapia.* Un vol. in-8°, di pag. 416, con fig. su tav. L. Cappelli, Bologna, 1933.

La fitoterapia è da qualche tempo ritornata in onore. Il medico, nelle sue prescrizioni terapeutiche utilizza attualmente in gran parte i vegetali, ma forse vi è eccessiva tendenza ad usare invece gli alcaloidi da essi estratti. La fitoterapia tende inoltre ad aggiungere alle piante già note delle altre non ancora usate e ad adoperare, invece dei varî principî attivi, gli estratti fluidi. Si hà così anche il vantaggio di valorizzare la nostra flora, oltre a quello di avere probabilmente nel futuro migliori e più svariate armi terapeutiche.

In questo libro, l'A., dopo un breve cenno sulla preparazione e le proprietà degli estratti, tratta delle principali droghe (oltre novanta) la composizione chimica, i caratteri botanici, le proprietà; elenca i sinergici ed accenna all'estratto fluido ed alla tintura, riportando poi varie ricette in cui la singola droga è usata. Espone alcuni concetti ed usi omeopatici e mette alla fine un indice terapeutico per sintomi e malattie. Certamente, si proverà un po' di meraviglia a vedere consigliati nella emottisi il geranio o la coda cavallina, ma è questione di provare in quanto che, salvo quella consacrata dall'abitudine, non vi è a priori nessuna ragione di preferirvi la segala cornuta o l'hydrastis, che, del resto, sono anch'esse studiate dall'A.

Il libro è presentato da una lusinghiera prelazione dell'on. Marescalchi. *fil.*

G. LAROCHE. *Opothérapie endocrinienne.* Vol. in-8° di pagg. 400. Masson & C., Paris, 1933. Fr. 48.

È un bel libro di tecnica e di posologia, utilmente integrato da nozioni generali di fisiopatologia endocrina; per ogni singola glandola sono ampiamente riportate le interrelazioni endocrino-vegetative, le prove biologiche, i sintomi clinici di disfunzione; e il capitolo delle indicazioni e delle controindicazioni terapeutiche tiene largamente conto dello stato attuale delle nostre conoscenze circa il significato dei varii elementi endocrini di fronte ai quadri della patologia.

Utile quindi al medico generale non meno

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

che a chi si occupi particolarmente di endocrinologia, questo libro merita di essere conosciuto. V. Serra.

F. Sternon. *Quelques aspects de l'art pharmaceutique et du médicament à travers les âges.* Un vol. in-16° di 235 pag. Masson et C., Paris, 1933. Prezzo 15 fr.

L'arte medica è strettamente connessa con quella farmaceutica, sicchè la storia dell'una si confonde fino ad un certo punto con quella dell'altra. Nella storia dell'arte farmaceutica, che l'A. ci presenta, troviamo pertanto questa riunita per un certo tempo con la medicina: dai tempi favolosi, presso gli egizi e i greci, fino alla Scuola di Alessandria, che per prima stabilì le tre branche della dietetica (che comprende la medicina), della farmaceutica e della chirurgia.

Curioso poi il trovare (la storia non è che una serie di ritorni) all'epoca dell'impero romano delle leggi sulle sostanze tossiche e sulla proibizione di vendita degli abortivi.

Il commercio dei farmaci rimane però a lungo connesso con quello delle droghe e spezie (ne fanno fede i vocaboli di *épicier*, che corrisponde al nostro droghiere e di speziale, che in alcuni paesi nostri indica tutt'oggi il farmacista); soltanto all'inizio del secolo XVI, che viene poi completata nella seconda metà del secolo scorso.

Questo libro, che considera la storia della farmacia fino ai giorni nostri, è frutto di un vasto e coscienzioso studio (oltre 240 citazioni bibliografiche), è di piacevole lettura ed è molto interessante anche per i medici. *fil.*

N. Kisthinios. *Le traitement des cardiopathies par l'association sucre-insuline.* Vol. in-16°, di 103 pag. con 6 fig. J. B. Baillière et fils, Paris, 1933. Prezzo 12 fr.

Da poco tempo si è fatta strada, nella terapia delle cardiopatie, l'associazione zucchero-insulina che conta al suo attivo notevoli successi. Metodo fondato sulla osservazione che l'organismo dei cardiaci in stato di insufficienza non ha a sua disposizione che delle riserve di glucosio insufficienti ed anormalmente metabolizzate.

L'A. studia i fondamenti scientifici del metodo e ne precisa le applicazioni pratiche, riportando anche parecchie osservazioni cliniche. Specifica i casi in cui tale metodo è inattivo e quelli in cui è logico ricorrervi, ottenendone incalcolabili benefici. Si tratta di una terapia che va posta a fianco di altri rimedi cardiaci, che non presenta pericoli, è di facile applicazione e può dare, nei casi adatti, eccellenti risultati. *fil.*

J. Sigwald. *Le sucre, agent thérapeutique.* Vol. in-8°, di 68 pag., J.-B. Baillière, Paris, 1934. Prezzo 6 fr.

Lo zucchero, sotto le sue varie forme (glucosio, saccarosio, frutta) costituisce un agente terapeutico di primo ordine. Basta citare, fra l'altro, gli stati di ipoglicemia dalla svariata sintomatologia, che sono stati messi in luce in questi ultimi tempi. Esso ha inoltre delle azioni stimolanti (sulla nutrizione, sui muscoli, sul fegato, ecc.), diuretiche ed osmotiche, sicchè sono numerosi gli stati morbosi in cui può venire utilizzato con profitto.

L'A. espone i principi generali sugli zuccheri, sul loro metabolismo, sul modo di azione della terapia a base di zucchero, di cui tratta poi le indicazioni, accennando da ultimo alle rare controindicazioni.

fil.

A. Tzank. *Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguigne.* Editore Masson, Parigi. Prezzo fr. 35.

Le indicazioni sempre più numerose della trasfusione sanguigna devono consigliare ogni medico pratico ad apprendere tutte le quistioni relative a questo mezzo terapeutico. L'A. si propone appunto di agevolare questo compito.

Con esposizione succinta ma chiara sono passate in rassegna le varie condizioni morbose che si giovano della trasfusione, i procedimenti tecnici atti a rendere questa non pericolosa e veramente confaciente agli scopi che si perseguono. Dr.

P. Mollaret. *Le traitement des névralgies sciatiques.* Editori J. B. Baillière et Fils, Parigi. Prezzo fr. 8,00.

La cura delle nevralgie sciatiche non può essere unica perchè diverse sono le lesioni che possono estrinsecarsi con il complesso sintomatologico, di cui il disturbo prevalente è il dolore lungo il decorso dello sciatico.

L'A. perciò fissa gli elementi che consentono di precisare la diagnosi delle varie forme, per ciascuna delle quali indica i diversi modi di cura.

Questa monografia è un altro numero interessante della collezione « Les Thérapeutiques nouvelles ».

Dr.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 9 marzo 1934.

Presidente: Prof. L. ZOJA.

Contributo clinico sulla diagnostica topografica dell'infarto miocardico.

G. AGOSTINI. — L'O., avendo ottenuto sul tracciato elettrocardiografico di un ammalato di 61 anni, che presentava una netta sindrome stenocardica, per infarto miocardico, delle onde coronariche in II e III derivazione ed un blocco atrioventricolare completo, ma transitorio, ha precisato il diagnostico topografico di infarto posteriore e trombosi coronarica destra.

L'autopsia ha confermato la diagnosi clinico-elettrocardiografica.

Porta quindi un nuovo contributo clinico alla possibilità della diagnosi topografica dell'infarto miocardico.

Sull'importanza semeiologica di Q accentuata nella III derivazione dell'elettrocardiogramma.

A. SERENA. — L'O., dopo essersi richiamato ai più importanti studi precedenti di vari AA. sul valore di Q III nell'angina pectoris organica, in base a studi riguardanti un gruppo di malati nel cui tracciato elettrocardiografico era presente Q III di Pardee, oltre a confermare le conclusioni di altri AA., afferma che in tutti i soggetti presentanti tale anomalia elettrocardiografica si debba sospettare una minorazione della funzionalità miocardica anche se apparentemente questi soggetti non presentano disturbi che depongano per una lesione miocardica.

Su una recente acquisizione dell'elettrocardiografia: la IV derivazione.

E. BUCCIANTI. — Dopo aver fissato alcune norme per la tecnica di registrazione della IV derivazione, l'O. esamina detta derivazione in confronto con quelle consuete e riconosce come non sia possibile stabilire rapporti esatti fra loro per il polimorfismo dei quadri elettrocardiografici che si ottengono con la D IV, non solo nei soggetti normali ma anche nei cardiopatici. Fanno eccezione i soggetti miocarditici ove si nota una certa uniformità fra le caratteristiche presentate nelle quattro derivazioni, per cui sembra poter intravvedere, in questo gruppo di malati, e specie in quello con sindromi miocardiocoronariche, il campo di applicazione di questa nuova tecnica al fine di ottenere un più valido ausilio nella interpretazione diagnostica delle insufficienze del miocardio.

L'ipertrofia polmonare vicaria nel pneumotorace.

N. MONTANINI. — L'O. espone le conclusioni di uno studio eseguito su circa 50 autopsie di ammalati di tbc. polmonare, curati con Pnx. artificiale, mono- o bilaterale, al fine di stabilire mediante quale processo anatomico avvenga il compenso funzionale. Dalle sue osservazioni egli è indotto a concludere che in questi casi il polmone rimasto funzionante può talora presentare fatti di ipertrofia (ipertrofia e iperplasia del tessuto elastico e muscolare). Questa ipertrofia del polmone seguirebbe ad uno stato iniziale di enfisema.

Il Segretario: R. SCOTTI-DOUGLAS.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 13 aprile 1934.

Presidenza: Prof. A. PENSA.

Su taluni tentativi di Roentgenterapia della tbc polmonare.

N. CENTRA e L. FERRETTI. — Gli OO. sulla scorta di trenta casi di tbc. polmonare, trattati ambulatoriamente, espongono i buoni risultati ottenuti e riferiscono la tecnica adoperata consistente in dosi deboli, distanziate.

Posizione e forma dell'ombra mediastinica dopo la frenicoexeresi.

Dott. G. FERRARI. — L'O. ha studiato il comportamento dell'ombra mediastinica immediatamente e a distanza della frenicoexeresi in 240 frenicectomizzati.

Ha constatato che la differente forma e posizione dell'ombra mediastinica è in rapporto al lato di frenicoexeresi, al grado dell'innalzamento ed alla forma del diaframma elevato, in dipendenza diretta alle aderenze.

Tubercolosi e micosi fungoide.

G. B. COTTINI. — L'O. riferisce le diverse ricerche (cliniche, istologiche, ematologiche, biologiche) svolte su di un caso di eritrodermia premicosica in uomo di 56 anni: la forma morbosa aveva avuto inizio circa 5 anni prima. Nel caso si è avuto l'interessante reperto, con la prova sperimentale nella cavia, della presenza di bacilli tubercolari in una linfoglandola dell'inguine e nel sangue circolante.

L'O. esamina i dati ottenuti nei rapporti con altre forme di eritrodermia e con le diverse teorie esistenti in tema di eziopatogenesi dei diversi tipi di micosi fungoide.

Contributo allo studio dei neuroblastomi cutanei.

R. CASAZZA. — Vengono riassunte varie questioni che si riferiscono ai neuroblastoni cutanei in generale e viene descritta l'osservazione di un tumore sul quale sono state eseguite varie ricerche istologiche. Il tumore, avente struttura fibrillare, con speciali caratteri e con presenza nel corpo del blastoma di numerose fibre nervose, viene interpretato come un neurofibroma e viene messo a raffronto altresì con il fibrosarcoma di Darier, col quale presenta alcune somiglianze cliniche ma anche diverse differenze istologiche. Le varie questioni riguardanti la interpretazione del tumore in esame vengono discusse con riferimento appunto alle moderne vedute sul complesso argomento dei neuroblastomi cutanei.

F. CORTESE. — *Sintesi nella coproporfirina in « Actinomyces albus »*.

Alterazioni delle cellule epatiche in seguito ad avvelenamento da tossina difterica.

Dott. P. LOCATELLI. — L'O. ha potuto osservare che nel fegato di cani stiroidati ed avvelenati con piccole dosi di tossina difterica mancano o sono molto scarsi i fenomeni di proliferazione (mitosi) da parte delle cellule epatiche; contrariamente a quanto accade negli animali di controllo a tiroide integra, intossicati con dosi corrispondenti di tossina difterica.

Il Segretario: Prof. L. BIANCHI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Rapporti del lupus erythematodes con le malattie interne.

H. Wendt (*Münch. med. Wochens.*, 9 febbraio 1934) passa in rivista i vari stati morbosi interni che si sono trovati coesistere con il lupus erythematodes: flogosi polmonari, talora anche tubercolari, malattie renali, disturbi cardiaci (miocarditi, endo- e pericarditi), malattie del tubo gastro-enterico, alterazioni del sangue (anemia secondaria, agranulocitosi, trombopenia), malattie del sistema nervoso (flogosi croniche ed atrofie dei gangli intervertebrali).

Risulta, in complesso, che il lupus erythematodes può essere considerato in alcuni casi come una grave infezione generale settica, mentre in altri non si può escludere una dipendenza con la tubercolosi. Molti autori lo considerano come una grave tossicosi, in cui i sintomi morbosi sarebbero dati dalle tossine di vari germi. Il L. E. non avrebbe quindi un'eziologia unica, ma sarebbe soltanto una forma di reazione alle varie cause nocive. Non si deve però disconoscere che il decorso morboso, le modificazioni istologiche ed il quadro clinico cutaneo non stanno con il quadro di una tossicosi, ma sono più che altro spiegabili con l'intervento di un determinato agente patogeno, di un virus vivo. I germi comuni (strepto- e stafilococchi, B. coli) trovati talora sono forse da connettersi con un'infezione secondaria. Si tratterebbe probabilmente o di una speciale forma del virus tubercolare o di un virus ignoto. *fil.*

Amebiasi cutanea.

Dal 1891 sono stati descritti almeno 27 casi di amebiasi cutanea.

Il primo caso descritto, quello di Nasse, comparve come complicazione di un ascesso epatico; però egli non vide le amebe viventi e il suo materiale fu criticato perchè si ritenne male preparato e fissato.

Nel caso di Menetrier e Touraine invece furono trovate amebe mobili, mentre in quello di Selenew il reperto parassitario è dubbio. Reperto parassitario positivo ebbero pure i casi di Carini e di altri autori (complessivamente solo 4 casi sicuri).

S. K. Ngai e C. N. Frazier (*The Chinese Medic. Journ.*, novembre-dicembre 1933) dopo un'ampia esposizione della letteratura in proposito dividono le manifestazioni cutanee dell'amebiasi in tre gruppi:

1) lesione gangrenosa ulcerativa della parete toracica o addominale che segue la rottura spontanea o chirurgica di un ascesso amebico;
2) dermatite eczematosa;
3) lesioni fistolose o condilomatose croniche ulcerative della regione perianale.

Gli AA. descrivono tre casi da essi osservati di amebiasi cutanea. In tutt'e tre la etiologia amebica fu indubbiamente dimostrata (quindi ora sono complessivamente 7 i casi certi). In due si trattava di lesioni condilomatose della regione genitoanale (in un caso dopo diarrea sanguinolenta acuta). Uno dei casi fu complicato da sifilide iniziale dei genitali. In uno un papilloma della regione anale fu invaso successivamente dall'ameba.

In tutti e tre i casi fu identificata l'entamoeba hystolitica.

Le lesioni istologiche della pelle sono press'a poco uguali a quelle prodotte dallo stesso parassita in altri tessuti. La tendenza delle amebe ad estendersi negli strati più profondi attraverso i punti di minore resistenza fa pensare che esse penetrino per l'azione meccanica dei loro pseudopodi. R. LUSENA.

Etiologia e cura dell'acne rosacea.

Questa malattia dell'età avanzata è generalmente attribuita ad uno stato d'intossicazione (alcool, tabacco) o d'insufficienza ormonica (climaterio).

P. Linser (*Med. Klin.*, 11, 1934) ritiene però che si siano sinora trascurati a torto altri elementi costituzionali, come lo stato pletorico e la tendenza all'ipertensione. Contrariamente ad altri Autori, il Linser considera l'acne rosacea come l'espressione di uno stato di allergia cutanea del soggetto avanzato d'età di fronte all'infezione stafilococcica.

La reazione locale della cute alla strofinazione di vaccini stafilococcici è assai più vivace a livello delle zone di acne che in quelle normali.

La cura a base di vaccini stafilococcici dà ottimi risultati; essa va accompagnata da massaggi e strofinazioni sulle parti malate: da una prima dose di vaccino (0,2 gr.) si sale sino alla massima dose di 3 gr. (in un ciclo di sei iniezioni): in seguito, ogni uno o due mesi, si farà una iniezione di 1 cc. di vaccino.

V. SERRA.

Il trattamento locale dell'alopecia areata.

O. Naegeli (rif. in *Medizin. Welt*, 3 marzo 1934) osserva che le aree decalvate vengono trattate ripetutamente con spennellature di crisarobina, di soluzioni di jodio, con acido acetico, neve carbonica, cloruro d'etile, sole di alta montagna o con la finseterapia.

Secondo l'esperienza dell'A., una sola seduta di fintenterapia dà risultati migliori di qualunque altra procedura e talora si ottiene la guarigione di pazienti che con le altre terapie non avevano affatto reagito.

I risultati non sono sempre durevoli; lo svantaggio del metodo è che in ogni seduta non si può irradiare che un piccolo territorio

e che la reazione può essere talvolta noiosa. Prima dell'irradiazione, sarà necessario radere i capelli rimasti. *fil.*

Trattamento dello zona.

G. Milian (*Paris Méd.*, 24 febbraio 1934) già da molti anni preconizza l'uso del 914 per via endovenosa come il migliore trattamento della zona. Il 914, oltre a far scomparire la malattia rapidamente, fatto che ha importanza specie nella zona oftalmica, guarisce le sequele dolorose contro le quali gli analgesici abituali sono impotenti. Qualche volta però i dolori sono esacerbati dall'iniezione di 914 esattamente come nella sifilide gli accidenti sifilitici possono aumentare per una o diverse iniezioni.

In una osservazione, riportata per esteso dall'A., si ebbe un aumento dei dolori dello zona non solo sotto l'influenza di una prima dose, ma anche sotto l'influenza della seconda, malgrado l'aumento della dose; vi era dunque arseno-resistenza del germe della zona, come si osservano delle arseno-resistenze del treponema.

L'A. si è allora domandato se un altro medicamento antisifilitico non agisca in difetto del medicamento arsenicale ed ha constatato dei risultati fulminei con il cianuro di mercurio; un'ora dopo l'iniezione i dolori si calmarono in modo definitivo. Sembra dunque che il cianuro di mercurio possa essere impiegato ugualmente nel trattamento dello zona nei casi arseno-resistenti.

Queste azioni chemioterapiche possono spiegarsi in parecchi modi:

1) l'agente dello zona è un germe, vicino al treponema o no, sensibile ai diversi medicamenti antisifilitici;

2) lo zona potrebbe essere, come alcuni pensano, di natura sifilitica;

3) l'azione terapeutica può spiegarsi anche per eteroterapia, cioè per effetto della cura dello zona, non sifilitica, sotto l'influenza di un medicamento antisifilitico somministrato ad un sifilitico. Questo modo d'azione presuppone che la zona si sviluppi sempre nei sifilitici, ciò che non è provato.

L'A. è per la prima ipotesi.

C. TOSCANO.

Il cloruro di ammonio nel trattamento della sclerodermia.

La sclerodermia tende sempre più a divenire una malattia chirurgica. Sia con la paratiroidectomia, sia con gli interventi sul simpatico si arresta quasi sempre l'evoluzione implacabile dell'atrofia connettivo-cutanea, si sopprime sempre il dolore e spesso, se non è troppo tardi, si assiste alla lenta ricostruzione di un tessuto connettivo ben vascolarizzato che ridà alla pelle la sua morbidezza.

Malgrado questi buoni risultati, R. Leriche e A. Yung (*Presse Méd.*, 1 luglio 1933) in un caso di sclerodermia non hanno voluto rinunciare alla terapia medica ed hanno provato il cloruro di ammonio che, sperimentalmente, aumenta l'eliminazione del calcio per le urine. L'infermo fu posto a regime acidificante (pane, pasta, riso, zuccheri, carne, grassi, con esclusione del latte, dei legumi verdi e della frutta) e gli furono somministrati 3 gr. al giorno di cloruro di ammonio.

Dopo 20 giorni di questo trattamento le placche sclerodermiche erano meno dure, meno apparenti e diminuite di estensione, il peso era aumentato, la stanchezza diminuita.

Invece di continuare il trattamento, il malato, per consiglio di un altro medico, prende degli estratti tiroidei e paratiroidei. Rapido peggioramento. Ritorno alla terapia con cloruro di ammonio e nuovo miglioramento. Questo comportamento si ripetè a varie riprese, cosicchè può escludersi che si tratti di sola coincidenza.

In un altro malato, operato con successo di legatura di un'arteria tiroidea e che dopo quindici mesi aveva visto riapparire una placca sclerodermica alla regione malleolare, la terapia con cloruro di ammonio fece sparire la placca in otto giorni. C. TOSCANO.

Cura dei decubiti coll'acido tannico.

E. O. Latimer (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 10 marzo 1934) ha usato nella cura dei decubiti una soluzione preparata di fresco di acido tannico al 5 %. La cura va cominciata appena c'è un'alterazione trofica della cute, perchè è più efficace quanto più è precoce. Dopo accurata pulizia del decubito della zona circostante vi si spruzza la soluzione di acido tannico, ripetendo ogni ora l'applicazione finchè si forma la crosta di acido tannico (occorrono da 24-48 ore). La parte malata dev'essere tenuta libera da applicazioni di garza o altro e al calore secco (o con lampade elettriche o con un essicatore elettrico). Si toglie la crosta di acido tannico quando questa si separa spontaneamente ai margini. Se si vuol togliere prima basta rammollirla con petrolato sterile.

L'infezione che sopravvenga dopo l'applicazione dell'acido tannico va curata levando la crosta di acido tannico e riapplicandola dopo pulizia locale.

L'esistenza di un'infezione virulenta con necrosi della zona decubitata è controindicazione assoluta a questa cura. R. LUSENA.

Il trattamento delle ustioni col verde-brillante.

Secondo Koritkin-Nowikow (*Zbl. f. chir.*, n. 5, 1934) il verde-brillante non è tossico, non danneggia i tessuti, ha proprietà cheratoplastiche ed un forte potere battericida.

Il metodo adottato nella Clinica di Odessa per il trattamento delle ustioni è il seguente:

Pulizia della regione circostante e del tratto ustionato con una soluzione acquosa al 1 % di verde-brillante.

Quotidianamente per 3-5 giorni viene ripetuta la pennellatura colla stessa soluzione; quindi per alcuni giorni viene adoperata una soluzione di verde-brillante al 1 % in alcool a 40° e successivamente in alcool a 60°. Con quest'ultima soluzione, dopo pochi giorni, si ha la completa guarigione. La lesione si copre di una spessa crosta che gradualmente cade man mano che avviene l'epitelizzazione. Non c'è bisogno di bendaggio.

L'A. riporta 48 casi curati con questo metodo nella Clinica di Odessa: 31 erano di 2° grado e 17 di 3° grado. Guariti 45, morti 3. In media i malati restavano in clinica per 10-24 giorni e solo nei casi gravi di ustioni estese e profonde la degenza si prolungò fino a 50 giorni. G. PACETTO.

Acriflavina parenterale nella cura della gonorrea.

E. Hughes e C. Allan Birch (*The Lancet*, 16 settembre 1933) hanno curato un centinaio di malati di gonorrea coll'acriflavina per via parenterale, però riferiscono sui risultati di 50 casi, perchè gli altri non furono seguiti che per poco tempo. Adoperarono la soluzione all'1 %, facendone 10 cc. per volta per via endovenosa 3 volte la settimana. La maggior parte dei malati non presentò fenomeni tossici; alcuni soltanto ebbero vomito, senso di ripienezza della gola, senso di bruciore al retto. In due casi ci fu un'eruzione cutanea 36 ore dopo l'inizio della cura.

La cura fu sospesa dopo cessazione della secrezione, ritorno al normale del volume della prostata e aspetto normale dell'uretra all'uretroscopia.

La durata media della cura fu di 116 giorni. La cura più breve fu di 12 giorni e la più lunga di 273 giorni. La dose media somministrata complessivamente fu di g. 0,66; la massima di g. 1,62. In tutti i casi si facevano contemporaneamente irrigazioni con soluzione di permanganato 1:8000. In nessun caso si usarono vaccini. In alcuni si ridusse la quantità di liquidi nell'alimentazione per ottenere una maggiore concentrazione di acriflavina nelle urine e in questi casi la durata media della cura fu di 91 giorni.

Tre malati ebbero epididimite unilaterale durante la cura. Due ebbero ittero.

L'acriflavina può certamente danneggiare il fegato. Il danno al fegato può essere diminuito somministrando glucosio per via orale prima di ogni iniezione.

Le iniezioni non si devono fare sottocute nè nei muscoli.

L'acriflavina riduce la percentuale delle complicazioni, però non è più efficace quando le complicazioni sono già comparse.

R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

Da due cose è riconoscibile una trombosi della vena porta dopo colecistectomia.

F. Rost (*Zent. f. Chirurgie*, 20 genn. 1934) osserva che la trombosi della vena porta può verificarsi dopo colecistectomia senza che fosse stata danneggiata visibilmente durante l'operazione; ed essa viene trovata all'autopsia come causa della morte, inspiegabile dai segni clinici.

Il primo segno clinico è un repentino peggioramento del polso, fino a non essere più percettibile, mentre lo stato generale è buono ancora. Mancano dolori, come nelle pancreatiti; non difficoltà di respiro o cianosi. Il quadro si completa e chiarisce quando il polso reagisce poco o niente ai cardiocinetici, coi quali si può avere soltanto un passeggero miglioramento.

Quando la malattia si prolunga per alcuni giorni, un sintoma importante diviene un cambiamento psichico, causato probabilmente dall'effetto velenoso delle cellule epatiche disfacentisi. Si hanno fenomeni di psicosi acuta. Ulteriormente compaiono tremori fibrillari e crampi muscolari.

Per la legatura della vena porta si ha morte rapida, preceduta da fenomeni di stasi: addome gonfio, vomiti sanguigni, feci ematiche, tumore di milza, ascite, gangrena dell'intestino con peritonite.

Tali fenomeni non sono stati mai riscontrati dall'A.

In casi di trombosi della vena porta sono riferiti improvvisi attacchi dolorosi, che inducono ad interventi chirurgici. Rost fa diagnosi di trombosi della vena porta in base al cattivo polso non legato allo stato dell'infermo ed in base alle alterazioni psichiche. JURA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Rapporti fra la reazione chimica dell'urina ed i batteri urinarî.

L. San e E. Szoud (*British Journ. of urology* e *Arch. mal. des reins*, 1933, n. 5) hanno studiato i rapporti fra la proporzione dei batteri e la reazione dell'urina. Hanno trovato che l'urina infettata da colibacillo e scarsa in H-joni, mentre quella infettata dallo streptococco ne è ricca; ma è difficile sapere se la reazione dell'urina è la causa od invece l'effetto di tale infezione.

In 132 casi, hanno raccolto le urine con la sonda (quando ciò era possibile) procedendo poi alle culture e determinando la reazione dell'urina.

Hanno trovato: urina sterile in 11 casi, infettata in 121 (tubercolosi 37 casi, infezione monobatterica 74, polibatterica negli altri).

Il pH è stato trovato di 5,2-6,0 nell'infezione colibacillare; 5,4-6,8 in quella tubercolare;

6,2-7,2 nella streptococcica; 7,6-7,8 nella micrococcica. Nelle infezioni da proteo, ora acida (5,6-6,4), ora alcalina (7,8-9,0); nei 5 casi di infezione gonococcica, molto acida.

Per quanto riguarda la decomposizione dell'urea, il colibacillo la decompone soltanto eccezionalmente; il gruppo proteo la decompone sempre; i micrococchi si dividono in decomponenti e non decomponenti.

Il valore di pH oltre 7,2 non può aversi che con ritenzione notevole dell'urina ed infezione da microbi decomponenti; l'infezione è primaria e la reazione dell'urina secondaria.

In complesso, il colibacillo si trova nei casi di acidità estrema; con la tubercolosi, l'acidità è minore; con gli streptococchi e micrococchi, la reazione tende all'alcalinità.

Nei casi di colibacillosi, alcalinizzando artificialmente l'urina, scompaiono i colibacilli e compaiono i micrococchi gram-positivi.

Si può ammettere quindi in generale un certo rapporto fra la natura dei batteri ed il pH dell'urina; quando questo oscilla fra 5,0 e 7,2, la natura dei batteri dipende dal pH momentaneo dell'urina stessa.

Gli AA. concludono che è giustificato il tentativo di modificare il pH dell'urina a scopo terapeutico. *fil.*

VARIA

La malarioterapia nell'antichità.

Se, allorquando nel 1917 il tedesco Wagner von Jaurregg diffuse pel mondo la violenta malarizzazione dei paralitici generali, ritennero i francesi di vantare in merito la priorità del loro Legrain e Chauffard, ben avremmo noi italiani potuto ricordare Cesare Lombroso che contro alla devastazione della paralisi invocava l'inoculazione del vaiolo, ben avremmo potuto ricordare Antonio Marro che fin dal 1894 all'Accademia torinese presentava gli infermi guariti dalla paralisi progressiva colla produzione artificiale di ascessi accompagnati da spiccata ipertermia. Ben più addietro nei tempi Menapio scriveva il suo elogio della Quartana vantandone l'efficacia contro « il male tirannico denominato melanconia »: e non era lontana l'epoca in cui la febbre malarica sanava Benedetto Cellini dalla contratta sifilide, in cui Luigi XI ricorreva a Notre-Dame de Salles perchè con un superbo febbrone lo liberasse dalle crisi convulsive. Ed ancora nel quarto secolo Orbasio constatava la benefica efficacia della spontanea quartana sugli psicopatici deliranti, ed ancora nel secolo II Galeno segnalava la scomparsa degli attacchi epilettoidei all'insorgenza degli accessi febbrili, mentre Rufo d'Efeso fra le profittevoli infermità concedeva un posto privilegiato alla febbre quartana che, evacuando gli umori sovrabbondanti, risolveva non soltanto gli spasmi delle convulsioni, le contratture dei tetani e le depressioni delle ipocondrie, ma pure dissipava gli affanni dell'asma, gli inciampi dell'apoplessia e le efflorescenze della lebbra. Nè tralasciava Rufo di doverosamente citare gli insegnamenti pervenutigli dal sommo Ippocrate che, cinquecent'anni avanti Cristo, fra i numerosi paragrafi dei sintetici aforismi, questo pure inseriva: « Quando hassi la febbre quartana di rado patisconsi convulsioni, ed ove se ne comportassero prima della febbre, essa ne libera l'infermo ». Prima d'Ippocrate la medicina greca trovava sede esclusiva nei templi d'Esculapio i cui sacerdoti, sotto un complesso apparato di misteriosi esorcismi, di astute apparizioni, d'oracoli truffaldini, nascondevano spesso nozioni cliniche acquisite col protratto esercizio curativo e tramandate sia attraverso a semplici riferimenti orali, sia con tavolette marmoree che adornavano il tempio e sulle quali s'incidevano i segni del male presentato ed i rimedi per la raggiunta guarigione. Or sull'una appunto di tali tabelle nosografiche si poteva leggere come ad un tal Teucro di Cizico, venuto al santuario di Pergamo per liberarsi dall'epilessia, l'apparsogli dio proponesse di scambiare l'infermità grave ed incurabile con un morbo più lieve e meno tenace, qual fu appunto la febbre quartana che, incogliendo il rassegnato fedele, lo guariva per sempre dall'orribile convulzionarietà. E più di trenta secoli trascorsero dall'empirismo di quei tempi favolosi alla sperimentalità di quest'epoca positiva.

(da *L'Illustrazione del Medico*, aprile 1934).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

C. D'AMICO. *L'appendice: errori di diagnosi e di osservazione; casistica.* — Tip. Gizzi, Galatina, 1934.

D. SANTORSOLA. *Il pneumoperitoneo nella cura della peritonite tubercolare ascitica.* — Rif. Med., 1934.

Commemorazione del prof. L. Pagliani. — L. Cecchini, Roma, 1934.

A. SCATURRO. *La febbre bottonosa.* — Tip. Andò, Palermo, 1934.

G. VENTURELLI. *Sette anni di curieterapia.* — Riv. Italiana di Terapia, 1933.

G. GUERRINI. *Dell'influenza del calore della luce sull'azione emolitica della clorofilla in vivo.* — Tip. A. Nicola, Varese, 1934.

D. ENEA. *Il siero ipertonico clorurato in un caso di ileo paralitico in seguito ad isteroannessiectomia larga per carcinoma della cervice.* — Tip. G. Barca, Napoli, 1933.

G. GUERRINI. *Influenza dei fotocatalizzatori sull'azione degli enzimi.* — Tip. A. Nicola, Varese, 1933.

C. TOVO e E. VIGLIANI. *Le intossicazioni da piombo.* — Rassegna Prev. Sociale, Roma, 1934.

M. MONTALTI. *Contributo all'etiologia dell'herpes zoster.* — Tip. Zamperini e Lorenzini, Roma, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il "servizio a scavalco" nelle supplenze delle condotte mediche.

Il Ministero dell'Interno ha inviato, in data 1° marzo, ai Prefetti del Regno ed autorità assimilate, la seguente circolare, a firma dell'on. Buffarini:

Questo Ministero ha dovuto constatare che, nonostante le istruzioni impartite con circolare n. 20400 I.A.G. 2374 del 25 aprile 1932, molti Podestà continuano a provvedere alla supplenza dei sanitari condotti, durante il periodo di congedi, mediante il così detto « servizio a scavalco », affidando cioè l'incarico delle supplenze ad altri medici scelti fra i titolari di altre condotte dello stesso Comune, e fra i titolari di condotte appartenenti a Comuni finitimi.

Tale sistema, mentre può creare, come già venne fatto presente, un grave pregiudizio all'interesse del servizio di assistenza sanitaria specie in quei casi in cui, per l'esistenza di particolari circostanze locali, la duplicità dell'incarico non consente al sanitario di adempiere al proprio compito con la dovuta regolarità ed efficacia, costituisce, altresì, un coefficiente che concorre indubbiamente ad aggravare lo stato di disoccupazione della classe sanitaria.

In considerazione di quanto precede, questo Ministero ritiene necessario che le EE. LL. richiamino gli enti comunali e consorziali dipendenti alla osservanza delle istruzioni già impartite al riguardo, vietando loro in via di massima, nell'interesse dell'assistenza sanitaria, di provvedere alla supplenza dei sanitari mediante il servizio « a scavalco » che può essere consentito soltanto in casi eccezionali, quando, cioè, risulti accertata l'impossibilità di provvedere diversamente.

Per l'adeguamento dei prezzi nel campo sanitario.

In una riunione tenuta presso la Confederazione Nazionale Sindacati Professionisti e Artisti, sotto la presidenza del sen. Balbino Giuliano, i dirigenti delle varie categorie espressero concordemente il proposito di tutti i rappresentanti di concorrere, con un maggiore adeguamento delle tariffe, alla politica economica perseguita dal Governo Fascista. Essi proposero, tra l'altro, le diminuzioni del 10 % sulle tariffe professionali per medici, veterinari, levatrici, infermiere diplomate; e per i farmacisti una diminuzione del 10 % sulle tariffe dei compensi spettanti per la spedizione delle ricette, mentre per le specialità sono in corso trattative con i produttori e con i grossisti, per concretare le riduzioni.

I dirigenti dei Sindacati provinciali hanno impartito disposizioni per l'applicazione delle proposte concordate.

D'altra parte la Direzione della Sanità pubblica presso il Ministero dell'Interno sta approntando notevoli ribassi al vigente elenco dei prezzi per i medicinali venduti dalle farmacie. Questo nuovo elenco, data la complessa materia che riguarda, non può naturalmente essere portato a termine nel breve volgere di pochi giorni. Ma esso adeguerà i prezzi dei medicinali all'aumentato valore della lira. Risulta che per i prezzi di molti medicinali verranno stabiliti dei ribassi del 15 e del 17 per cento.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *R. Prefettura.* — S. E. il Prefetto avverte che il concorso al posto di ufficiale sanitario, capo dell'ufficio di igiene del Comune di Fabriano, bandito con avviso del 1° marzo 1934, è stato prorogato al 31 maggio 1934-XII.

ARDENNO (*Sondrio*). — Scad. 15 giugno; Consorzio; L. 9000, oltre indenn. trasferta L. 1200, indenn. trasporto L. 4000, c.-v., ambul. L. 500, se uff. san. L. 1000.

ASCOLI PICENO. *Amministrazione Provinciale.* — Il Preside, in data 17-4-1934, rende noto che sino alle ore 18 del 5 giugno 1934-XII è aperto il pubblico concorso per titoli ed esami al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi di Ascoli Piceno. Documenti di rito come all'articolo 8 del Regio Decreto 16 gennaio 1927 n. 155, oltre il certificato di iscrizione al Partito Nazionale Fascista, la situazione di famiglia e vaglia all'Economo della Provincia di L. 25 per tassa di concorso. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Stipendio annuo lordo L. 10.500, aumentabile di 1/10 per cinque volte al termine di ciascun quadriennio di servizio. Indennità di servizio attivo L. 1000 lorde annue. Indennità caro-viveri L. 360 annue lorde per i celibi e L. 1821 per i coniugati. Diritti di analisi 25 % sui proventi netti. Lo stipendio, le indennità ed i diritti sopraindicati sono anche al lordo della riduzione del 12 % e della recente riduzione di stipendi ed altre competenze di cui al R. D. L. 14 aprile 1934 n. 561. Assunzione di servizio entro 20 giorni dalla partecipazione di nomina a pena di decadenza. Esami in Roma in date e località che saranno rese note almeno otto giorni prima. I documenti prodotti da ciascun concorrente dovranno essere sommariamente descritti in doppio elenco allegato alla domanda di ammissione al concorso. Per maggiori particolari e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, ove sono visibili i regolamenti organici e di servizio riferentisi al posto messo a concorso.

BADIA CALAVENA (*Verona*). — Scad. 12 mag.; rivolgersi Segreteria Municipale.

CALTAGIRONE (*Catania*). — (Vedi CATANIA).

CAMPARADA (*Milano*). — (Vedi LESMO).

CAMPOBASSO. *Comune.* — Scad. 31 lug.; due condotte pel Capoluogo; L. 7000 e 3 quinquenni dec.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

CARROSIO (*Alessandria*). — Concorso al posto di medico condotto. Stipendio L. 7000 lorde da R. M. e Monte Pensioni; riduzioni di legge (12 % e 6 %); limite di età 35 anni salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 luglio 1934-XII.

CASALFIUMANESE (*Bologna*). — Scad. 31 mag.; per due frazioni; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

CASSANO D'ADDA (*Milano*). — Scad. 25 mag.; L. 9000. Rivolgersi Segreteria Com.

CASTELNUOVO NIGRA (*Aosta*). — Scad. 16 mag.; rivolgersi Segreteria del Comune.

CATANIA. *R. Prefettura*. — Con avviso di S. E. il Prefetto della Provincia di Catania, in data 15 aprile 1934-XII, è stato bandito il concorso per titoli ed esami ai posti di ufficiale sanitario dei Comuni di Caltagirone e San Michele di Ganzeria. Lo stipendio è di annue L. 11.000 per Caltagirone e L. 6.000 per San Michele di Ganzeria, suscettibile di quattro aumenti periodici quinquennali del decimo. Il termine per la presentazione dei documenti scadrà il 15 luglio 1934. Per altre informazioni gl'interessati dovranno rivolgersi alla R. Prefettura di Catania.

CEPRANO (*Frosinone*). — Con avviso del 24 aprile u. s., il Podestà rende noto che in esecuzione della deliberazione N. 34 dello stesso giorno, ferme restando le condizioni di cui al bando del 5 marzo p. p., il concorso per titoli ad un posto di medico-chirurgo condotto è prorogato a tutto il 20 maggio 1934-XII.

CHIAVARI (*Genova*). — Scad. 1 giu.; condotta urbana; esami; età limite 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 28 mar.; stip. L. 7200 e 10 bienni ventesimo oltre L. 300 bicicletta. Rivolgersi Civica Segreteria.

COMO. *R. Prefettura*. — Scad. 15 mag.; uff. san. per il Consorzio di Bellagio; titoli ed esami; lire 15.000, oltre L. 3500 trasporto e diritti.

CORREZZANA (*Milano*). — (Vedi LESMO).

COTTANELLO (*Rieti*). — Proroga 15 mag.; 2ª condotta.

FABRIANO (*Ancona*). — (Vedi ANCONA. *R. Prefettura*).

FERRARA. — La R. Prefettura ha bandito concorso ad uff. san. del capoluogo; chiedere avviso alla Segreteria com. di Ferrara.

FOGGIA. *Consrzio Prov. Antituberc.* — Scad. 10 giu., ore 12; medico aggiunto del Dispensario Prov.; titoli ed esami; età limite 45 a.; L. 17.000 oltre L. 1700 serv. att., riduz. 12 %; è consentita consulenza nella specialità; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 10 apr.

GROSCAVALLO (*Torino*). — Scad. 1 giu.; L. 7930 e 6 aumenti periodici in 20 anni per un totale di L. 3960, c.-v., L. 440 uff. san., L. 260 alloggio; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

GUARDIAGRELE (*Chieti*). — Scad. 31 mag., ore 18; due condotte; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'1 apr.

IMPERIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 9 giu.; direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; L. 19.000 aumentabili a L. 21.000 oltre L. 5200 serv. att.; riduz. 12 %; età limite 32-45 a. al 4 aprile; libera consulenza nella specialità; tassa L. 50; domanda e documenti alla Segreteria.

LARINO. *Ospedale « G. Vietri »*. — Scadenza 15 maggio. Primario chirurgo. L. 5500, oltre 40 % proventi operazioni e 60 % sull'ambulatorio.

LECCE. *R. Prefettura*. — Concorso per numero 66 posti di ufficiale sanitario in altrettanti Comuni della Provincia. Stipendi variabili da L. 3000 a L. 5000 al lordo della riduzione del 12 % e delle ritenute di legge. Scadenza termine per presentazione domanda 5 giugno 1934-XII ore dodici. Per informazioni dirigersi Ufficio del Medico Provinciale. Bando affisso presso tutti i Comuni della Provincia, presso tutte le Prefetture del Regno, nonchè presso tutti gl'Istituti d'Igiene del Regno.

LESMO (*Milano*). — Concorso per titoli al posto di medico condotto per il consorzio Lesmo, Camparada, Correzzana. Stipendio annuo L. 9000 ridotto del 12 % come da R. Decreto 20-11-1930 N. 1491, oltre alla riduzione disposta dal R. Decreto 14-4-1934 N. 561, nonchè delle altre trattenute di legge. Lo stipendio è suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo con inizio dal 1° mese successivo all'acquisto della stabilità. La domanda in carta da bollo, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali ed altre rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Lesmo, dovranno pervenire a detta Segreteria non oltre le ore dodici del 7 giugno 1934-XII.

MACELLO (*Torino*). — Scad. 30 giu.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san., ecc.; riduz. 12 %; età limite 45 a.; tassa L. 50,20.

MATERA. *Amministrazione Provinciale*. — Concorso per titoli ed esami al posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi, con sede in Matera. Stipendio iniziale L. 17.000 aumentabili di quattro decimi quadriennali, oltre L. 2000 annue d'indennità di servizio attivo. I concorrenti dovranno presentare o far pervenire all'Amministrazione Provinciale non più tardi delle ore 18,30 del giorno 2 giugno corrente anno domanda in carta bollata da lire 3, corredata dai documenti richiesti. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della predetta Amministrazione Provinciale.

MELIZZANO-DUGENTA (*Benevento*). — Scad. 28 giu., per Melizzano-capoluogo; L. 5000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

MESTRE. — (Vedi VENEZIA).

MILANO. *Istituti Ospitalieri*. — Scad. 15 mag.; sei medici chirurgi assistenti interni; L. 5600 oltre L. 360 serv. att.; età limite 35 a. Rivolgersi alla Direzione medica, via Ospedale 5.

MODENA. — Scad. 15 mag.; 3° reparto forese; L. 9000 e 5 aumenti periodici decimo.

MONTEGIORGIO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 20 giu.; per due frazioni: L. 8360 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2376 trasp.; già ridotti 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

MUZZANA DEL TURGNANO (*Udine*). — Scad. 10 lug.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att.; ritenuta 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

PECCIOLI (*Pisa*). — Scad. 20 giu.; per Legoli-Libbiano; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp. e c.-v.; riduz. 12 %.

PEGOGNAGA (*Mantova*). — Scad. 20 mag.; condotta B; L. 7040 e 5 quadrienni dec., oltre lire 1019,50 c.-v., L. 2200 trasp., L. 440 ambulat.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Piacenza. *Ospedale Civile.* — Scad. 31 mag.; primario otorinolaringoiatra, L. 7000; aiuto medico e due assistenti, L. 5500.

Pisino (*Pola*). — Scad. 12 mag.; 2ª condotta; rivolgersi Segreteria Com.

Ravenna. *Comune.* — Scad. 10 lug.; per Piangipane; L. 8000 e 10 bienni dec.; limite età 40 a.

Rieti. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso, per titoli ed esami, al posto di Assistente presso la Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi con scadenza alle ore diciotto del 20 giugno 1934-XII.

Stipendio annuo L. 10.800 suscettibile di n. 5 aumenti quadriennali di L. 700 ciascuno. Indennità di servizio attivo L. 2387 annue oltre la indennità temporanea di caro-viveri come per gli altri dipendenti dalla Provincia. Infine, all'Assistente potrà essere assegnato un premio annuo di operosità in ragione del servizio prestato ed in relazione all'introito netto totale delle analisi eseguite d'interesse privato. Tutti gli stipendi, assegni e indennità sono soggetti alle ritenute regolamentari e alle riduzioni di cui al R. D. 20 novembre 1930 n. 1491 e al R. D. L. 14 aprile 1934 n. 561. Età massima anni 35, salvo le eccezioni di legge. Alla domanda, in bollo da L. 3, dovranno allegarsi, descritti in duplice elenco in carta libera, firmato dal concorrente i seguenti documenti, regolari nel bollo e nelle legalizzazioni: 1) certificato di nascita; 2) certificato di buona condotta morale, civile e politica; 3) certificato d'iscrizione al P. N. F.; 4) certificato penale generale; 5) certificato di cittadinanza italiana; 6) certificato di adempimento agli obblighi di leva oppure congedo militare (per gli ex militari); 7) certificato medico di idoneità fisica, salva la visita di controllo; 8) originale diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica, in chimica e farmacia o in chimica industriale; 9) vaglia postale di L. 25,10 per tassa di concorso.

I documenti indicati ai nn. 2, 3, 4, 7 devono essere di data non anteriore di tre mesi a quella dell'avviso di concorso, che è: 16 aprile 1934. Assunzione servizio entro 30 giorni dalla data della partecipazione di nomina. Chiarimenti alla Segreteria Generale della Provincia che, a richiesta, spedirà anche un esemplare dell'avviso di concorso.

Rio nell'Elba (*Livorno*). — Scad. 30 mag.; L. 12.000 e 5 quinquenni ventesimo, c.-v.; riduz. 12 %; età limite 45 a.; tassa L. 25.

Roccamassima (*Roma*). — Scad. 30 giu.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san., L. 600 trasp.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Rotonda (*Potenza*). — Scad. 25 mag.; L. 7000 e 6 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

S. Croce sull'Arno (*Pisa*). — Scad. 30 mag.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.

Sambonifacio (*Verona*). — Concorso a medico-chirurgo. Stipendio L. 8000, aumentabile di un decimo per ogni quinquennio e per quattro quinquenni. Caroviveri ai soli coniugati, quota integrativa del 20 per cento sullo stipendio. Gli assegni sono soggetti alle trattenute ed alle riduzioni di legge. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Certificato di pratica per due anni in una clinica medica od in un Ospedale di Città capoluogo di Provincia. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 20 maggio 1934. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

S. Margherita Ligure (*Genova*). — La notizia di un concorso con scad. 15 maggio, inserita nel N. 17, tratta dal « Boll. Naz. dei Conc. », s'intende annullata, essendo il concorso già stato definito.

San Michele di Ganzeria (*Catania*). — (Vedi Catania).

Squillace (*Catanzaro*). — Scad. 5 lug.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 45 a.; tassa L. 50,10.

Sondrio. *Ospedale Psichiatrico Provinc.* — Scad. 15 mag.; medico praticante fuori ruolo; L. 700 mensili al netto del 12 %, vitto, alloggio personale; età massima 45 a. Rivolgersi Segreteria Provinc.

Trevi nel Lazio (*Frosinone*). — Concorso, per soli titoli, al posto di medico condotto. Stipendio annuo di L. 10.500 al lordo della riduzione del 12 % di cui il R. Decreto 20-11-1930 N. 1491 e delle altre ritenute di legge, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni. Se al Sanitario verrà affidato l'incarico di Ufficiale Sanitario, egli per tale carica, sempre revocabile, avrà diritto, fintanto che la stessa durerà, ad una indennità annua di L. 500, al lordo della riduzione del 12 % e delle altre trattenute di legge. La domanda in carta da bollo, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali ed altre rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Comune, dovranno essere indirizzate al Podestà ed a lui pervenire non oltre il giorno 5 luglio 1934-XII.

Tredozio (*Forlì*). — Scad. 15 mag.; condotta di ponente; L. 11.000 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 1250-2500 trasp.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Venezia. *Comune.* — Scad 1 giu., ore 17; medico direttore del dispensario di Mestre per la sifilide e le malattie veneree; rivolgersi Segreteria Generale, Reparto Personale.

Vicenza. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 12 giu.; direttore del Consorzio e del Dispensario di Vicenza; L. 20.000 oltre serv. att. L. 4000, 2 quadrienni dec.; divieto esercizio professionale libero. Età limite 45 a. al 7 apr. Rivolgersi al Presidente.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Francesco Valagussa è stato elevato alla dignità senatoriale.

Ne siamo doppiamente compiaciuti: e per il valore dell'illustre sanitario come clinico e come studioso, e perchè Egli è un saldo e provato amico del nostro giornale e della nostra Casa editrice, che hanno avuto l'onore di pubblicare i suoi contributi scientifici ed i suoi libri più accreditati e diffusi.

Il prof. Valagussa è nato a Pistoia nel 1872. Laureatosi e stabilitosi a Roma, per un dodicen-

nio fu il principale collaboratore di Concetti nella Clinica pediatrica; trascorse anche un periodo non breve nell'Istituto d'Igiene diretto dal Celli. Ha acquistato larghissima fama quale pediatra ed oggi è uno dei consulenti più reputati d'Italia, medico onorario della Famiglia Reale, primario nell'Ospedale del Bambino Gesù, direttore del Preventorio Maraini della Croce Rossa. Durante la Guerra fece intero il suo dovere. Ha prestato opera avveduta e fattiva all'O. N. M. I. quale subcommissario. Conta una serie di lavori scientifici apprezzati, di clinica e d'igiene sociale.

l. p.

La Reale Accademia d'Italia, nella ricorrenza del 21 aprile, ha assegnato, tra molti altri, i seguenti encomi:

Al prof. Luigi Stassano, Napoli, per aver ideato e tradotto in pratica, dopo una lunga serie di tenaci studî sperimentali sulla sterilizzazione del latte, un originale metodo, che porta il suo nome, ed è nettamente superiore a quello della pasteurizzazione;

Al prof. Guglielmo Bilancioni, Roma, perchè con una recente opera in due volumi (ed. Luigi Pozzi), riccamente corredati di belle figure illustrative, egli ha tracciato con originalità e dottrina le prime linee di una patologia dello sviluppo, e con larga documentazione scientifica ne ha prospettata l'importanza in oto-rino-laringologia;

All'editore Licinio Cappelli, Bologna, per le sue pubblicazioni periodiche concernenti le discipline biologiche e mediche;

Alla Rivista « Riforma Medica », Napoli, che celebra quest'anno il cinquantenario della sua fondazione e tiene alto il prestigio della scuola medico-chirurgica napoletana.

Ha anche assegnato i seguenti premi d'incoraggiamento: al prof. A. Omodei Zorini (Roma) per i suoi studî sulla tubercolosi, L. 3000; ai proff. Giuseppe Ficai (Arezzo) e Alessandro Alessandrini (Roma), L. 1000 per i loro studî sulle brucellosi; all'« Archivio Italiano di Anatomia ed Istologia Patologica » (Milano), L. 5000 per la sua attività; alla « Società Italiana di Biologia Sperimentale » (Torino) per la pubblicazione dell'« Archivio » e del « Bollettino », L. 9000; al dott. Alessandro Canezza (Roma), per la sua storia degli ospedali romani, L. 2000; ha assegnato anche numerose altre sovvenzioni.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Istituto della Sanità Pubblica.

Come avevamo annunziato, il 21 aprile il Capo del Governo inaugurò questo Istituto, che sorge di fronte alla Città Universitaria di Roma. Il Duce era atteso dal Sottosegretario all'Interno, dall'Ambasciatore degli Stati Uniti d'America, con il rappresentante della Fondazione Rockefeller, dal direttore generale della Sanità Pubblica e da numerose personalità del campo medico della Capitale.

Ossequiato dai convenuti, il Duce si è indugiato, brevemente, in una delle sale d'aspetto dell'Istituto ove è la lapide che reca la scritta: « Regnante Vittorio Emanuele III — Duce Benito Mussolini — A ricordo del munifico concorso della Fondazione Rockefeller — Per la fondazione di questo Istituto — Nel giorno della sua inaugurazione — XXI Aprile 1934 - Anno XII E. F. ».

La Fondazione Rockefeller ha concorso per la creazione dell'Istituto con dodici milioni e mezzo di lire per la costruzione propriamente detta e con 100.000 dollari per gli impianti tecnici specializzati.

L'Istituto, che funzionerà alle dipendenze del Ministero dell'Interno, è un meraviglioso esempio di architettura moderna.

Il Duce ha visitato i varii reparti, interessandosi vivamente alla loro destinazione, al loro attrezzamento ed al loro funzionamento. Quindi si è soffermato a visitare i laboratori di batteriologia, di chimica e di fisica e si è recato all'ultimo piano della costruzione, dalle cui terrazze ha ammirato i lavori della Città Universitaria e il panorama.

Infine, percorsi i cortili ed i giardini esterni dell'Istituto, dopo essersi compiaciuto con i dirigenti per l'organizzazione dell'ente, il Duce ha lasciato l'Istituto.

* * *

Nel pomeriggio del 24 aprile il direttore generale della Sanità Pubblica, S. E. il dott. G. Basile, cui precipuamente si deve la realizzazione della grandiosa opera, invitò numerose personalità, per illustrare loro l'organizzazione e il funzionamento dell'Istituto, che si prevede potrà assumere in pieno la sua attività entro l'anno. Seguì la visita dei vasti, numerosi, magnifici locali.

L'Ospedale Maggiore di Milano.

Per la presentazione del nuovo Ospedale Maggiore di Milano, l'Amministrazione della grande Opera Pia e per essa il suo presidente grand'uff. avv. Massimo della Porta, ha pubblicato un interessantissimo volume: « L'Ospedale Maggiore di Milano », in cui si fa sommariamente la storia del vecchio e del nuovo Ospedale. L'edizione, in formato di lusso, è dovuta alla Casa editrice Mediterranea di Roma, è ricchissima di fini e originali illustrazioni d'arte che presentano le particolarità di architettura, di scultura, di pittura dello storico edificio sforzesco e tutte le condizioni topografiche della nuova costruzione. Il testo è dovuto al dott. Girolamo C. Bascape, ben noto studioso di storia cittadina. Infatti esso svolge con sicurezza di erudizione storica e curiosità di ricercatore l'ampia e magnifica vicenda dei quattro secoli di vita, miracolo d'arte, di scienza e di carità e presenta con molta diligenza il nuovo Ospedale nelle sue varie formazioni edilizie. È una pubblicazione assai interessante e che desterà certamente una nuova attrazione sui fasti di questa opera di assistenza che fu uno dei maggiori vanti di Milano e tra i più insigni monumenti della scienza nosocomiale.

L'ospedale Fatebenefratelli di Roma.

Il 3 aprile, con l'intervento del Sottosegretario di Stato agli Interni, on. Guidi Buffarini, ebbe luogo la cerimonia dell'inaugurazione dei lavori di ampliamento e di sistemazione dell'antico ospedale dei Fatebenefratelli all'Isola tiberina in Roma.

L'edificio, a 3 piani, comprende anche la Casa generalizia. La parte completamente adibita ad uso ospedale è composta di 6 ampie corsie bene aereate e riscaldate, con servizi di bagni, lavabi e gabinetti. Nel terzo piano è sistemato un reparto clinico, composto di quaranta camere ri-

servate. I servizi e l'arredamento sono stati curati secondo i moderni criteri della tecnica sanitaria. A pianterreno sono sistemati gli ambulatorî dentistico, oculistico, laringojatrico e radiologico.

2° Congresso internazionale di medicina applicata all'educazione fisica ed agli sport.

È indetto per i giorni 2-4 settembre, a Vittel, sotto la presidenza del prof. Paul Carnot; viene organizzato dal prof. Latarjet, presidente dell'Associazione medico-sportiva, quale seguito del Congresso svoltosi a Torino nel 1932. Comprenderà 4 Sezioni: *a*) biologia; *b*) medicina e pediatria; *c*) chirurgia e ortopedia; *d*) medicina sportiva. A sezioni riunite verranno trattate le seguenti relazioni: « Standardizzazione della cartella biometrica sportiva »; « Controllo medico dell'educazione fisica e degli sport »; « Esercizi fisici e malattie della nutrizione ». Sono anche in programma alcune sedute dimostrative (biometria, educazione fisica scolastica e post-scolastica, cure d'esercizio, sport).

Il Congresso ha lo scopo di raffrontare i dati acquisiti da biologi, medici e sportivi e d'imprimere impulso allo sviluppo scientifico e sociale dell'educazione fisica. I giovani medici sportivi sono particolarmente invitati.

Alla fine del Congresso sono previste escursioni sui Vosgi.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. Boigey, Société générale des eaux, Vittel, Vosges, Francia.

Convegno regionale sulla tubercolosi.

Il IV Convegno regionale della Sezione Veneta della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, avrà luogo a Venezia nei giorni 24 e 25 giugno prossimo. Le sedute saranno tenute nel teatro dell'Ospedale al Mare di Lido.

Oltre alle comunicazioni varie inerenti al problema della tubercolosi, saranno svolte due relazioni: la prima sul tema « La dieta Gerson nel trattamento della tubercolosi infantile », dal prof. Frontali, direttore della R. Clinica Pediatrica dell'Università di Padova, e la seconda dal prof. Giovanni Truffi sul tema « La pelle di fronte alla infezione tubercolare ».

I temi delle comunicazioni ed un riassunto devono essere inviati al delegato regionale per il Veneto prof. Carlo Molon in Venezia, Campo Bandiera e Moro 3611, non oltre il giorno 10 giugno.

Sono accordate notevoli facilitazioni da parte degli alberghi e degli Enti locali.

Corso di malariologogia.

L'Istituto di Malariologia, diretto dal prof. G. Bastianelli, terrà dal 16 luglio al 6 settembre un corso per medici italiani e dal 10 luglio al 10 settembre uno per medici stranieri; l'insegnamento comprende lezioni, dimostrazioni pratiche ed esercitazioni, escursioni a località malariche e ad alcune bonifiche. Per essere ammessi gli aspiranti devono presentare 15 giorni prima dell'inizio del corso: una domanda (in carta bollata da tre lire) diretta al direttore; i titoli di studio (laurea o certificati che attestino gli studî compiuti) e i documenti che l'allievo ritenga utile produrre per dimostrare la sua cultura.

Alla fine del periodo di insegnamento gli allievi possono ottenere il certificato di frequenza o il diploma di esame. Il diploma è dato a coloro che superano l'esame, che consiste in una prova orale.

La tassa di iscrizione è di L. 100 più una quota di L. 100 per le gite di istruzione. Le spese di viaggio, vitto e alloggio nelle gite di istruzione sono sostenute dall'Istituto.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto, Policlinico « Umberto I », Roma.

Il programma sarà svolto in collaborazione con la Stazione Sperimentale per la lotta Antimalarica della Sanità del Regno. Le lezioni saranno tenute dai proff. Ferrata, G. Raffaele, Nazari, Bastianelli, La Face, Missiroli, De Sanctis; inoltre sono in programma varie conferenze da parte dei proff Marchiafava, Ilvento, Jandolo, Escalar, Prampolini, Pancini, Pecori e Sella, ed escursioni: alla Bonifica di Ostia; alla Scuola di Malariologia di Nettuno; alla Bonifica di Isola Sacra, di Torre in Pietra e alla Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica di Fiumicino; alle bonifiche dell'Agro Pontino.

Lotta contro l'anchilostomiasi durante la costruzione della direttissima Firenze-Bologna.

Un aspetto della titanica opera svolta durante varî anni per la costruzione della direttissima Firenze-Bologna, è quello che riguarda la lotta profilattica condotta contro l'anchilostomiasi.

Il prof. Giulio Alessandrini, direttore dell'Istituto di parassitologia medica dell'Università di Roma, in un'ampia relazione della Commissione sanitaria ministeriale, ha riferito sui mezzi messi in azione. Vennero superate difficoltà enormi al fine di preservare dallo sviluppo delle larve gli ambienti di lavoro, che vi erano particolarmente propizi. Fu attuato un vasto piano, che consistette nella costituzione di laboratori d'analisi nei principali cantieri, nella visita preventiva e periodica a tutti gli operai e specialmente a quelli addetti ai lavori in galleria, nella istituzione di ospedaletti per pronto soccorso e di sezioni di isolamento, nella provvista di acqua potabile ai cantieri ed ai baraccamenti e nella regolare disinfezione di questi, in impianti di stufe, di bagni, di lavatoi con acqua calda o fredda ecc. In tal modo, durante tutto il periodo dei lavori nessun caso di anchilostomiasi si è verificato, benchè uova dell'elminto si riscontrassero molte volte negli operai che si presentavano per essere reclutati e che o non vennero assunti o furono prontamente e completamente curati prima d'esserlo. Così anche la scienza medica, per la ferma volontà del Regime, ha dato un prezioso contributo alla realizzazione di questa grande opera che il Duce ha voluto donare al popolo italiano in occasione della festa del lavoro dell'anno XII.

Un po' dovunque.

Il prof. G. Sanarelli, della Università di Roma, è stato invitato a Madrid per tenere una serie di conferenze, nella Scuola Nazionale di Sanità e nella Facoltà di Medicina. L'illustre scienziato svolgerà argomenti d'attualità riflettenti i risultati degli studî suoi e della sua scuola, sull'ultravirus tubercolare e gli inframicrobi patogeni, sull'eredo-immunità nella tubercolosi, sulla patogenesi delle infezioni dette intestinali, sul fenomeno di Sanarelli-Shwartzman ecc.

Il prof. Federigo Bocchetti ha lasciato in questi giorni la direzione del Sanatorio Militare di Anzio,

tenuta per 15 anni, onde assumere la direzione in Roma, del Sanatorio di Porta Furba, di oltre 500 letti. In tale occasione le superiori Autorità Militari hanno ricordato l'opera da lui svolta con grande successo nella cura di circa 12 mila infermi e nello sviluppo poderoso del Sanatorio a lui affidato 15 anni or sono.

Gl'infermi guariti e tuttora in cura e i collaboratori del Bocchetti hanno offerto all'insigne tisiologo molti doni significativi e lo hanno visto partire da Anzio con vivo dolore.

Numerosi cultori di gastro-enterologia si sono riuniti a Milano sotto la presidenza del prof. Zoja e dopo varie relazioni hanno costituito la « Società Italiana di Gastro-Enterologia »; presidente il sen. Micheli di Torino; vice presidenti: Balli di Modena e Donati di Milano; segretario: Allodi di Torino; consiglieri Plitek di Trieste, Leotta di Palermo, Perussia di Milano, Fasiani di Padova.

La « Societas Oto-Rhino-Laryngologica Latina » terrà il suo 4° congresso a Bruxelles dal 20 al 25 settembre 1935, sotto la presidenza del dott. Edm. Buys. Informazioni presso il Dr. Fernand Vues, rue de Livourne 5, Bruxelles.

Il 7° congresso dell'Associazione francese di pediatria si adunerà a Parigi dal 9 all'11 luglio, sotto la presidenza del prof. Ombrédanne. Temi: Patologia del diverticolo di Meckel; Ripercussioni mediche delle influenze climatiche e delle variazioni meteoriche; I virus filtranti tubercolari in patologia infantile. Segretario generale: Dr. Jean Cathala, rue Scheffer 45, Paris.

Il congresso della Federazione medica belga si terrà dal 2 al 4 giugno, a Dinant. Temi: Il brevetto del medico (se il medico fa una scoperta, ha diritto ad assumerne il monopolio?); La medicina ai medici; Le professioni liberali e il fisco; Il medico e l'educazione fisica.

La Società medica generale tedesca per la psicoterapia si adunerà a Bad Nauheim dal 10 al 13 maggio, sotto la presidenza del prof. H. Göring. Informazioni presso il Dr. W. Cimbal, Altona a. Elbe, Germania.

La Regina Elisabetta, il Re e la Regina dei Belgi, hanno accordato il loro alto Patronato al 7° Congresso internazionale d'infortunistica, indetto a Bruxelles pel 1935.

La Giunta di governo della Facoltà medica di Costa Rica, accogliendo una iniziativa del dott. Peña Chavarría, ha deciso di promuovere un Congresso medico centro-americano, per i giorni 12 ottobre e seguenti.

Il sen. Guglielmo Marconi, presidente della Reale Accademia d'Italia e del Consiglio Nazionale delle Ricerche, ha acconsentito di presiedere il Comitato d'onore del I Congresso internazionale di elettro-radio-biologia che si svolgerà a Venezia dal 10 al 15 settembre. Il Congresso sarà presieduto dal Ministro di Stato conte Volpi di Misurata.

Il 16 marzo si è tenuto il Congresso sanitario degli Spedali civili di Genova, sotto la presidenza del prof. F. Bandettini. Furono fatte comunicazioni dai dottori: Seghezzo, Bandini, prof. Gervino, prof. Segale, proff. Vallebona e Agnoli.

Per un sinistro automobilistico lungo la strada da Napoli a Sorrento, sono rimasti, purtroppo, feriti il dott. Mario Pellegrini (mortalmente), il dott. Corrado Milano e due figliole di questi.

Indice alfabetico per materie.

Alopecia areata: trattamento locale . . Pag. 713
Acne rosacea: etiologia e cura . . . . . » 713
Barbiturici: intossicazione acuta da — e suo trattamento . . . . » 708
Bibliografia . . . . » 710
Coledoco: tubo a dimora e perduto . . » 693
Cronaca del movimento professionale . » 717
Cuore: infarto . . . . » 712
Decubiti: trattam. con acido tannico . . » 714
Diatesi emorragiche: clinica e terapia . » 702
Difterite: azione della tossina sul fegato . . . . » 712
Elettrocardiogramma: ricerche . . . . . » 712
Emorragia gastrica post-operatoria: per diminuirne i rischi . . . . » 697
Frenicoexeresi: ombra mediastinica . . » 712
Ginecologia: nuovi orizzonti per la terapia ormonica . . . . » 709
Gonorrea: cura con acriflavina parenterale . . . . » 715
Leucemici: accidenti bucco-faringei . . » 704
Lupus erythematodes: rapporti con le malattie interne . . . . » 713
Malarioterapia nell'antichità . . . . . » 716
Megacolon congenito: simpatectomia addominale . . . . Pag. 707
Pancreas: tumore della testa del — . . » 689
Pelle: amebiasi . . . . » 713
Pelle: neuroblastomi . . . . » 712
Pneumotorace: ipertrofia polmonare vicaria . . . . » 712
Pneumotorace spontaneo . . . . » 683
Porpore emorragiche e trombopenia . . » 703
Psicologia biologica e psicopatologia . . » 698
Sclerodermia: trattam. con cloruro d'ammonio . . . . » 714
Sesso: determinismo . . . . » 695
Steatorrea idiopatica, sprue tropicale e non tropicale, infantilismo intestinale . . . . » 704
Trombosi della vena porta dopo colecistectomia: diagnosi . . . . » 715
Tubercolosi e micosi fungoide . . . . . » 712
Tubercolosi polm.: roentgenterapia . . » 712
Urine: rapporti tra reazione chimica e batteri . . . . » 715
Ustioni: trattam. con verde brillante . . » 714
Zona: trattamento . . . . » 714

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLI Roma, 14 Maggio 1934 - XII Num. 19

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Frattin: Cenni sui concetti informativi dell'operazione di Bassini.
Note e contributi: F. Tronchetti: Il pneumotorace spontaneo.
Osservazioni cliniche: U. Tassone: Un caso di morbo di Kahler e difficoltà diagnostiche nel suo esordio.
Sunti e rassegne: SISTEMA NERVOSO: J. Lhermitte e Cassaigne: Le manifestazioni cerebrali delle embolie gassose. — Winchell Craig e J. W. Kernchan: Le cisti cerebrali. — J. Diez: La ganglionectomia simpatica lombare nel trattamento della paraplegia spastica. — VIE BILIARI: Ch. Mikéladzé: Le forme cliniche della lambliasi della vescichetta biliare. — G. M. Antonioli: Sulle modificazioni della flora microbica gastro-duodenale dopo colecistectomia. — Rabuffetti, Moia e Yodice: Ulcera duodenale e ostruzione del coledoco. — A. Cernezzi: Sul reflusso di succo pancreatico nelle vie biliari. — Chiray-Marchot, Le Sannette-Firmin: Calcemia e calcibilia provocate. — MISCELLANEA: E. Ercklentz: L'ipoglicemia costituzionale spontanea. — A. Ravina: La terapia moderna delle miopatie.
Divagazioni: A. Filippini: I due volti del viso umano.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli. — Società Medico-Chirurgica Veneziana. — R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Occlusione intestinale da ascaridi. — Su di un caso di ernia femorale consecutiva ad operazione di ernia inguinale col metodo Bassini. — Tre casi di tumori benigni dello stomaco. — Perforazione intestinale da mycosis fungoides. — Sul granuloma non specifico del tubo gastro-intestinale. — L'ulcera di Curling e uno studio delle ulcere intestinali associate a lesioni delle ghiandole surrenali. — Ulcera digiunale primitiva con mucosa gastrica eterotopa. — Cisti enteroide appendicolare. — Risultati tardivi di estesa resezione gastrica a causa di ulcera duodenale e gastrica. — Dimostrazione radiologica della guarigione dell'ulcera duodenale. — Influenza delle iniezioni endovenose di citrato di sodio al 20 % negli accidenti d'ostruzione intestinale post-operatoria. — I dolori emorroidari. — SEMEIOTICA: Sulla possibilità di una esatta valutazione fisica del quadro di nutrizione di soggetti sani o ammalati. — IGIENE: Sul passaggio dei bacilli tubercolari aviari, umani o bovini nelle uova dei polli infettati. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Risposte a quesiti per questioni di massima.
Nella vita professionale: Medicina sociale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

CASA DI CURA « VILLA FLORA »
IST. CHIRURGICO DEL PROF. G. FRATTIN - Modena.

Cenni sui concetti informativi dell'operazione di Bassini.

Prof. G. FRATTIN.

L'imminenza del cinquantenario della prima operazione di cura radicale dell'ernia inguinale eseguita dal Bassini col suo metodo (1) ha dato occasione a pregevoli pubblicazioni sull'argomento, intese per lo più a rivendicare la superiorità del metodo originale del Bassini in confronto di altri processi, e a farne meglio risaltare alcuni particolari di tecnica. Si osserva che la descrizione data dallo stesso Bassini del suo metodo è bensì precisa, ma estremamente succinta, e che le figure dimostrative allegate al testo originale non corrispondono completamente alla descrizione del Maestro, nè alla tecnica da Lui definitivamente praticata.

D'altra parte, se tanto raro è vedere operare veramente secondo il Bassini, e se tante furono le modificazioni proposte al suo metodo, ciò sta probabilmente a significare che il fondamento dottrinale dell'operazione di Bassini non era universalmente compreso, e pareva che non valesse la pena di tener conto di una serie di manovre più o meno minute se mancava la piena adesione alle concezioni generali, nelle quali soltanto ogni atto manuale trova la sua giustificazione e la sua perfezione.

Si è spontaneamente convenuto di denominare « operazione di Bassini » il suo metodo di cura radicale dell'ernia inguinale, probabilmente perchè fu subito manifesta la superiorità dei risultati con esso ottenuti, di fronte ai precedenti tentativi di cura di un'affezione così frequente, e così lesiva della validità dell'organismo umano. Ma, seguendo il Bassini nella sua opera quotidiana, nell'accuratezza che Egli poneva a ricostruire nel modo più razionalmente valido la parete addominale dopo una qualunque laparotomia (1),

(1) 23 dicembre 1884.

(1) Diceva spesso il BASSINI nelle sue lezioni: « Sarebbe ben strano che da una clinica dove si ha la pretesa di fare la cura radicale dell'ernia uscissero operati con ernia laparotomica ».

nella cura di ernie successive a cicatrici laparotomiche, nel trattamento specialmente delle più voluminose ernie ombelicali, per le quali tante varietà di metodi furono, con incerta fortuna, escogitate, si può considerare la cura dell'ernia inguinale come una derivazione logica della sua mentalità di osservatore sapiente ed acuto, e di costruttore geniale (2).

Benchè questi concetti fondamentali siano accennati nella pubblicazione del Bassini, non sembra ancora del tutto chiaro che appunto la stessa via si deve seguire per comprendere pienamente le direttive del Maestro, e rendersi conto da sè stessi, caso per caso, e tanto più agevolmente coll'aumentare della personale esperienza, della necessità di adottare gli stessi particolari tecnici che il Bassini ha tracciato, e che, per quanto diligentemente enumerati, non potrebbero presumere a grande efficacia di persuasione, se disgiunti dal nesso logico che tutti li concatena.

Essenziale è, anzitutto, la esatta preparazione anatomica della regione, che, seguendo i precetti del Bassini, si compie quasi automaticamente nei primi momenti dell'operazione.

È soltanto in seguito a questa accurata preparazione che tutte le ernie inguinali, qualunque siano la loro specie, il loro volume, le loro complicanze, si riducono ad un tipo unico di ferita, che il Bassini ha appunto insegnato a chiudere ricostruendo col suo metodo la regione inguinale. Questa diligente, accurata e completa preparazione è condizione indispensabile per la esatta applicazione del metodo.

Al momento di accingerci alla sutura profonda, e cioè a preparazione ultimata, noi constatiamo le condizioni seguenti:

Il funicolo, teso verticalmente verso l'alto da un'ansa libera di seta fissata con una pinza ai teli di protezione, scende lungo il margine interno-superiore della ferita; un uncino acuto a rebbi multipli, divaricando il labbro interno dell'aponeurosi dell'obliquo esterno, sposta, insieme, il funicolo, riparato dietro il lembo aponeurotico, e la cute; un altro uncino acuto multiplo, meno largo, divarica il labbro esterno dell'aponeurosi dell'obliquo esterno.

Allora l'angolo superiore-esterno della ferita è occupato dal funicolo stirato in alto; il margine superiore-interno è costituito dal muscolo obliquo interno, dal trasverso e dalla fascia transversalis (triplice strato); il margine inferiore-esterno è dato dal bordo posteriore del legamento inguinale (legamento di Poupart, legamento di Falloppia, arcata crurale); l'angolo inferiore-interno è formato dalla confluenza del margine libero del triplice strato e del bordo posteriore del legamento inguinale, con vertice alla spina del pube (tubercolo pubico).

Il fondo della ferita è costituito dal peritoneo, chiuso con legatura o sutura dopo l'apertura e l'ablazione del sacco; nel grasso presieroso decorrono i vasi epigastrici, se, come non di rado avviene nell'ernia diretta, non siano stati tagliati o resecati fra due legature durante le manovre per l'isolamento del sacco.

Questa descrizione corrisponde perfettamente a verità se, come in generale nell'ernia diretta, l'isolamento del sacco ha richiesto l'incisione della fascia transversalis lungo tutto il decorso del canale inguinale; può sembrare alquanto schematica in caso di ernia obliqua esterna; il Bassini, come è noto, non trovava opportuno di distaccare completamente la fascia transversalis, quasi sempre ancora rivestita da fibre muscolari derivanti dai muscoli obliquo interno e trasverso, dal legamento inguinale, ma si limitava ad aprirvi, per via ottusa, una bottoniera a livello dei vasi epigastrici, sufficiente per poter afferrare con una comune Kocher i tre elementi del triplice strato, e passarvi al disotto il dito, od uno strumento ottuso, tra fascia transversalis e peritoneo. Manovra ottima, perchè intesa a conservare per la successiva sutura, che costituisce una vera e propria operazione di plastica, quanto più di tessuto sia possibile, e nelle migliori condizioni di nutrizione, e a permettere la mobilizzazione per scorrimento del triplice strato, proteggendo sicuramente i vasi epigastrici.

Nell'ernia obliqua esterna il moncone del sacco, legato o suturato, non si vede più nella ferita, perchè, in seguito al perfetto isolamento, esso risale, appena tagliato il filo, nella fossa iliaca.

Se si incide l'aponeurosi dell'obliquo esterno in un individuo ben costituito, appare al disotto uno strato muscolare che arriva fino alla doccia del legamento inguinale; il funicolo si vede soltanto al suo punto di emergenza dall'anello inguinale sottocutaneo, il cui contorno superiore abbiamo aperto incidendo l'aponeurosi.

Se allora, secondo le manovre indicate dal Bassini, divaricato fortemente il labbro esterno dell'aponeurosi, insinuiamo, seguendo la doccia del legamento inguinale, un dito sotto il funicolo stesso, vediamo che questo si solleva abbastanza facilmente, emergendo gradatamente fra strato muscolare e legamento in-

(2) Dallo stesso ordine di idee deriva pure il « Nuovo metodo operativo per la cura dell'ernia crurale » pubblicato nel 1893.

guinale, e trascinando seco fibre muscolari, tese fra esso e il piano sottostante; fibre che noi interrompiamo agevolmente per via ottusa, colla semplice pressione del dito.

Sotto, rimangono ancora fibre muscolari, più o meno abbondanti, ma sempre in continuazione coi muscoli obliquo interno e trasverso, e che, intimamente aderendo alla sottostante fascia transversalis, la accompagnano per lo più fino alla sua inserzione al legamento inguinale.

In altre parole, esiste, in condizioni normali, uno strato muscolare continuo, esteso a tutta la regione inguinale, compreso tra aponeurosi dell'obliquo esterno e fascia transversalis, rappresentato dalla porzione inferiore dei muscoli obliquo interno e trasverso; soltanto sollevando il funicolo spermatico noi alteriamo in parte la continuità di questo strato, sottraendone quelle fibre che costituiscono il cremastere, derivanti quindi esse pure, con intimi rapporti di continuità, dai muscoli obliquo interno e trasverso.

Questi muscoli, fissi intimamente al legamento inguinale nella sua metà superiore-esterna, e che continuano ad aderirvi, per quanto con più tenui rapporti, anche nella sua porzione inferiore-interna, medialmente si uniscono, per mezzo del tendine congiunto, all'aponeurosi dell'obliquo esterno; dalla fusione del tendine congiunto coll'aponeurosi dell'obliquo esterno è costituita l'aponeurosi anteriore del muscolo retto. Incrociando le linee di forza delle loro fibre, essi vengono dalla loro stessa azione fisiologica conservati in questi rapporti, e costituiscono normalmente la efficace attiva resistenza della regione alla pressione addominale.

Il sopravvenire dell'ernia, sia essa interna o diretta, o sia anche obliqua esterna, tende ad allontanare i muscoli obliquo interno e trasverso dal legamento inguinale, e a divaricarne ed atrofizzarne le fibre, specialmente verso il detto legamento, privando così, almeno parzialmente, la regione del suo apparato muscolare. la fascia transversalis allora cede sfiancandosi, e in tali condizioni, anche se il sacco venga isolato e abolito, la recidiva dell'ernia, generalmente come ernia diretta, può ritenersi quasi certa.

Diminuita l'estensione e l'efficienza del presidio muscolare per il fatto dell'ernia, isolato necessariamente il funicolo per poter preparare e sopprimere il sacco erniario, si trattava di ricostruire il canale inguinale in modo che la regione risultasse valida come nell'individuo normale; e ciò il Bassini ha conseguito conducendo i muscoli obliquo interno e trasverso ad inserirsi intimamente, insieme alla fascia transversalis, al bordo posteriore del legamento inguinale, costringendo così questi muscoli a riprendere la loro normale funzione di protezione. In questo modo la parete posteriore del canale veniva realmente costruita *ex novo*, ma in perfetta armonia colle condizioni anatomiche e meccaniche della regione normale. La deviazione del funicolo in alto e all'esterno, rendendone più obliquo il tragitto, il diverso piano delle due suture, profonda ed aponeurotica, la giusta misura esattamente determinata dalla necessità del passaggio del cordone, dei due anelli inguinali neo-formati completavano l'opera mirabile.

Mirabile anche, così concepita, per la sua semplicità e chiarezza. Poteva, infatti, scrivere, colla sua abituale concisione, il Bassini: « Con prove sul cadavere mi fu facile, dietro le cognizioni anatomiche sul canale e sull'ernia inguinale, costruire il metodo operativo, in modo piano, senza difficoltà ».

Restava da stabilire la tecnica per bene effettuare il congiungimento del triplice strato al margine posteriore del legamento inguinale: non doveva rimanere nella sutura alcuna lacuna, nè alcun punto debole, perchè le grandi tensioni alle quali la regione è normalmente esposta per il peso dei visceri e per gli sforzi corporei avrebbero facilmente vinto le deficienti resistenze; il triplice strato doveva venire sufficientemente mobilizzato per poter essere riunito al legamento inguinale in giusta tensione tonica, ma senza sforzo alcuno. La sutura doveva essere eseguita in modo che la superficie muscolare addossata fosse la più ampia possibile, e rimanesse assicurata allo strato muscolare una normale nutrizione che permettesse di conservarne al massimo grado l'efficienza dinamica, riducendo al minimo indispensabile il tessuto di cicatrice.

È possibile che questa tecnica, di così particolare delicatezza, sia stata dal Bassini gradualmente costruita per successivi perfezionamenti: certo essa risulta già perfetta nel testo della sua pubblicazione (1889), e non fu più da Lui modificata, perchè dimostratasi adeguata in ogni caso dalla lunga successiva esperienza del Maestro e della sua Scuola.

Così, senza ripetere dettagli che furono già da altri messi in luce, io penso che le necessità della tecnica risultino evidenti da quanto mi sono permesso di esporre per illustrare modestamente il pensiero del Maestro: non si può mobilizzare sufficientemente il lembo muscolo-aponeurotico, nè comprenderlo a tutto spessore nella sutura, se non si apre la fascia transversalis, approfittando così del piano di scorrimento dato dal grasso presieroso; lo stesso triplice strato non può essere sufficientemente

addossato al legamento inguinale se non se ne comprenda ad ogni punto una certa estensione, come con un punto di Lembert; questa sutura si eseguisce più facilmente e correttamente adoperando la mano di nome opposto al lato in cui si opera, e ciò vale principalmente per il primo punto, cioè il più vicino al pube. La sutura a punti staccati, e non troppo vicini, permette di prendere la necessaria estensione di tessuto muscolare, rispettandone nel modo migliore l'integrità fisiologica.

A proposito del materiale di sutura, il Bassini scrive semplicemente: « Nella sutura che sopra dissi è bene usare seta.... ». Oggi che abbiamo del catgut ottimamente preparato, il consiglio potrebbe sembrare sorpassato; ma, se ciò può rassicurare sufficientemente dal punto di vista dell'asepsi e della resistenza, rimane ancora da parte del catgut una deficienza grave: la non perfetta stabilità del nodo. Noi possiamo anche ammettere oggi che il filo di catgut, prima di riassorbirsi, rimanga efficiente per un tempo che sarebbe bastevole a determinare una adesione definitiva fra le superfici addossate dalla sutura; ma il nodo cede, sia pure di poco, fin dai primi giorni, come fu anche sperimentalmente dimostrato.

Questo fenomeno non ha importanza nella sutura continua, dove il lieve cedimento del nodo va diviso per il numero dei punti, e quindi diventa trascurabile; può anche non essere di grave danno nelle suture a punti staccati che occorrono più comunemente. Ma non bisogna dimenticare che nell'operazione dell'ernia inguinale si tratta di affrontare un lembo prevalentemente muscolare ad una rigida superficie di struttura aponeurotica quale è il legamento inguinale. Sta bene che, contro le iniziali obbiezioni, il Bassini dimostrò per primo, e poi tutti potemmo da noi stessi constatare, che la adesione avviene perfettamente; ma ciò non toglie che in queste circostanze la tecnica della sutura esiga particolare accuratezza.

Se, come è evidente, lo strato muscolare deve essere fissato in uno stato di tensione nè deficiente nè eccedente, ed anche il punto stesso deve stringere quanto basta per assicurare l'aderenza, ma non troppo, perchè il filo non tagli, o non strozzi il muscolo, si comprende come sia necessario che il nodo rimanga definitivamente fisso ed inalterabile quale la sensibilità dell'operatore lo ha formato: il più piccolo cedimento del nodo nei primi giorni è sufficiente a determinare un certo grado di deiscenza della sutura, e allora, specialmente in corrispondenza dei primi punti, la via alla recidiva è già virtualmente aperta.

Perciò, da questo particolare punto di vista, la seta dà un affidamento che il catgut non può ancora dare.

Nella pubblicazione del Bassini si trovano accenni al muscolo retto dell'addome, che non furono sempre interpretati o rilevati in modo da rendere più chiara la descrizione dell'operazione.

Il muscolo retto dell'addome, distalmente alla linea semicircolare del Douglas, e cioè almeno per tutta l'altezza della regione che ci interessa, è coperto anteriormente dalla sua aponeurosi, costituita dall'aponeurosi dell'obliquo esterno, alla quale si unisce, dopo avere rivestito la superficie laterale-anteriore del muscolo retto, il tendine congiunto dei muscoli obliquo interno e trasverso. Posteriormente non v'ha altro rivestimento che la fascia transversalis, la quale lateralmente aderisce per semplice accollamento alla superficie posteriore del tendine congiunto, costituendo così quella che, continuando la completa guaina che esiste più in alto, ancora qui si suol chiamare, forse alquanto impropriamente, guaina del muscolo retto.

Quando, come nella maggior parte dei casi, la parete muscolare è sufficiente per validità ed estensione, il triplice strato si lascia facilmente addossare al legamento inguinale senza esercitare trazioni sul muscolo retto, il quale, robustamente teso in senso verticale, non viene in alcun modo interessato nel processo operativo.

Se i muscoli addominali sono meno validi, il muscolo retto può, nella preparazione alla sutura profonda, cedere esso pure alla lieve trazione determinata dall'addossamento del triplice strato: in tal caso può accadere che i primi punti della sutura, verso il pube, per comprendere quei due o tre centimetri di tessuto che sono necessari per l'addossamento stesso, attraversino anche il margine del muscolo retto, il quale rimane compreso nella sua guaina, e viene impiegato nell'operazione in modo che potrebbe dirsi passivo.

Che così sia, oltre al fatto che nelle lezioni del Bassini, come nei precetti tradizionali della Scuola, il muscolo retto non era mai particolarmente ricordato come elemento essenziale dell'operazione, dimostrano le stesse parole del Bassini: « Nella sutura che sopra dissi è bene... comprendere due o tre centimetri di margine del triplice strato muscolo-aponeurotico. I due primi punti, applicati appena all'esterno del pube, comprendono anche il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome ».

È, dunque, una constatazione, per quanto non necessariamente generalizzabile, più che un precetto.

E poco prima Egli aveva scritto: « ...poscia distacco per dissezione dall'aponeurosi del grande obliquo e dal connettivo adiposo sottosieroso il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome, ed il triplice strato formato dal muscolo piccolo obliquo, dal muscolo trasverso e dalla fascia verticalis del Cooper, fintanto che *detto triplice strato riunito* possa essere avvicinato senza difficoltà al bordo posteriore isolato della corda di Poupart ».

Può anche avvenire talvolta che il piano muscolare del triplice strato sia eccezionalmente atrofico, o anche, verso l'angolo pubico, completamente scomparso, riducendosi ad un semplice lembo connettivo; in questi casi generalmente si scorge il margine esterno del muscolo retto sporgere libero dalla sua guaina, fra tendine congiunto e fascia transversalis, quasi a costituire un abbozzo di naturale compenso alla deficienza degli altri due muscoli. Allora, evidentemente, il muscolo retto va utilizzato in pieno, e può darsi il caso che tutta la parete posteriore del canale deva essere ricostruita principalmente a spese di esso. Ma in queste circostanze — da ritenersi, del resto, eccezionali ed atipiche — il muscolo retto, per la sua spontanea espansione verso l'esterno, si presta assai bene allo scopo; ciò che non sembra possa verificarsi in ogni caso, quando il muscolo retto sia validamente teso fra le sue naturali inserzioni, e ben contenuto nella sua guaina.

I successivi momenti dell'operazione derivano così necessariamente dalla prima parte di essa, che poco vi sarebbe da aggiungere, anche perchè la loro stessa logica semplicità li rende evidenti; la descrizione del Maestro, per quanto concisa, non può qui dar luogo ad interpretazioni non esatte. La sutura del triplice strato al bordo posteriore del legamento inguinale, oltre al vantaggio della precisione che solo così si consegue, lascia libera la doccia per il funicolo, e permette di disporre di tutta l'aponeurosi dell'obliquo esterno per la sutura anteriore, che si compie in tal modo con facilità e senza sforzo. La riunione dell'aponeurosi vien fatta dall'alto al basso, accuratamente chiudendo anzitutto l'angolo superiore; si eseguisce generalmente con sutura continua, tranne che nel tratto inferiore, dove si collocano alcuni punti staccati per formare esattamente il nuovo anello sottocutaneo. Queto è, infatti, un altro momento delicato dell'operazione: l'anello troppo largo costituirebbe un *locus minoris resistentiae*, troppo stretto potrebbe pregiudicare gravemente la nutrizione del funicolo e del testicolo.

L'operazione di Bassini per la cura radicale dell'ernia inguinale è il prodotto di una concezione totalitaria del grande Maestro, suggeritagli dalla sicura e meditata dottrina, elaborata dalla sua genialità creatrice, tradotta in atto dalla sua tecnica abile e felice.

Dopo cinquant'anni tutto è ancora vero nel pensiero del Bassini, tutto è perfetto nella sua tecnica, fino ai più minuti dettagli:

« *In tale maniera viene ricostruito il canale* « *inguinale, con un apertura interna, con una* « *parete posteriore, fatte dal triplice strato* « *muscolo aponeurotico assicurato al bordo* « *posteriore della doccia, legamento di Pou-* « *part; con una anteriore fatta dai lembi riu-* « *niti dell'aponeurosi del grande obliquo, ri-* « *stretta nell'apertura esterna o sottocutanea.*

. . . .

« *Ora per, agognare al raggiungimento della* « *cura radicale dell'ernia inguinale è per me* « *indispensabile che il canale inguinale sia ri-* « *costruito sul suo tipo di struttura fisiologica.*

« *Coll'operazione ch'io propongo parmi sia* « *soddisfatto alle suaccennate necessità, ed as-* « *sicurata sì la condizione meccanica che la* « *funzione del canale inguinale* ».

Modena, 24 gennaio 1934.

RIASSUNTO

L'A., illustrando i più importanti ed originali momenti dell'operazione del Bassini per la cura radicale dell'ernia inguinale, mette in evidenza i concetti fondamentali di anatomia, di fisiologia e di patologia che, in conformità agli scritti e agli insegnamenti del Maestro, ne fanno un processo operativo perfetto ed immodificabile.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

Direttore: Prof. C. LOTTI.

Il pneumotorace spontaneo.

Dott. F. TRONCHETTI, assistente vol.

(Continuazione e fine; v. num. precedente).

Vediamo ora i reperti trovati nei casi venuti all'autopsia.

Brünner nel suo malato affetto di pneumotorace cronico non riuscì a trovare la sede della perforazione, ma potè escludere assolutamente la Tbc.

Fischer descrisse il suo caso sotto il seguente titolo: « Pneumotorace spontaneo per rottura di una vescicola cicatriziale dell'apice: tipico quadro morboso » ed afferma che tutti i casi in cui questo accidente insorge in apparente sanità sono dovuti alla rottura di tali vescicole di tessuto cicatriziale. Anche Hayashi ebbe lo stesso reperto. Fischer ritiene che queste vescicole si sviluppino per un tenue processo infiammatorio con conseguente formazione di cicatrici che producono una costrizione dei bronchioli con successiva atrofia e deformazione del tessuto polmonare, quando la cicatrice si retrae.

Orth, che già prima di Hayashi e Fischer, aveva osservato tali vescicole, aveva sospettato che alla loro base dovessero esserci degli ostacoli alla fuoriuscita dell'aria. Infatti, Hayashi, che le studiò microscopicamente, trovò alla base una formazione di tessuto polmonare deformato, che impediva all'aria d'uscire, pur permettendole di entrare. In tale modo le vescicole si accrescono sempre, le pareti divengono vieppiù sottili e sotto un minimo aumento di pressione, ed anche in perfetto riposo per i movimenti respiratori, possono rompersi e dare luogo così al pneumotorace.

Tali strutture, che si potrebbero chiamare «vescicole a valvola», si trovano per lo più all'apice, e Fischer spiega questo reperto col fatto che l'apice è la parte del polmone che maggiormente si distende negli aumenti di pressione intrapolmonare. Si possono però trovare anche in altre parti: nel caso di Kjaergaard come nel caso di Kohlensmidt furono trovate alla base di destra.

Sull'origine della cicatrice, che dà luogo a tali vescicole, nè Fischer, nè Hayashi si pronunciarono in modo assoluto. Ciò nonostante i due AA. sono inclini a credere che la causa prima sia stata una minima affezione Tbc.

Ricerche ulteriori furono fatte da Kyaergaard che si è occupato recentemente di tale argomento.

Egli vide che alle autopsie il reperto di vescicole solitarie polmonari è assai raro.

Al Kommunhospital di Copenhagen, in cui vengono eseguite circa 700 autopsie all'anno, tali vescicole furono trovate una sola volta in sei mesi, e rarissime le trovò anche alle numerose autopsie fatte nel Oresundshospital.

I suoi esami anatomici dimostrarono come ci sono due tipi diversi di queste bolle d'aria.

In un primo tipo, la valvola che sta alla base, è formata esclusivamente da modificazioni locali del tessuto polmonare, senza cicatrice; nel secondo tipo è costituita dalla retrazione del tessuto cicatriziale.

Anche Kyaergaard è propenso a credere che la maggior parte degli pneumotoraci in individui apparentemente sani, sia dovuta alla rottura di queste vescicole, ma anch'egli non sa darci una certa delucidazione sulla natura del processo primo, se si tratti cioè di Tbc. o no.

Faber, Kusan, Atwood riportano ciascuno un caso di occorrenza familiare di pneumotorace in soggetti apparentemente sani. A proposito di questi casi Kyaergaard ritiene probabile che questi pazienti avessero una minorata resistenza congenita di zone polmonari, una disposizione congenita alla formazione di vescicole d'aria.

Del resto anche Schminke nel 1928 e Bönnienger nel 1931 descrissero un caso di pneumotorace spontaneo di cui la rottura era avvenuta senza causa apparente in zona di tessuto polmonare che aveva conservato caratteri embrionali. Questi sono evidentemente casi eccezionali e non possono avere grande valore per l'accertamento dell'eziologia.

Se la patogenesi di questo tipo di pneumotorace in apparente buona salute è dovuta, come oggi è accettato da numerosi Autori e come le osservazioni anche recenti tendono sempre più a confermare, alla rottura di vescicole a valvola, potremmo domandarci se tali bolle possono essere messe in evidenza dall'esame radiologico.

Kyaergaard fece anche tale ricerca nei suoi 51 pazienti, ed in un solo caso potè osservare alla radiografia una di tali vescicole, grossa come un uovo di pollo. La rarità di tale reperto si spiega col fatto che le pareti di tali bolle di gas sono sottilissime e quando si rompono collabiscono, cosicchè rimangono invisibili ai R. X.

In conclusione è ormai accertato che moltissimi pneumotoraci negli individui apparen-

temente sani hanno il loro punto di partenza in queste vescicole a valvola. Resta però ancora insoluto il problema della natura del processo ad opera del quale tali formazioni sono sorte, cioè resta ancora aperta la questione se ogni pneumotorace in buona salute sia di origine tbc.

Si è già detto come escludere assolutamente tale affezione sia compito spesso impossibile. Sarebbe utile a tale proposito seguire a lungo i pazienti dopo la guarigione, per vedere se in essi, anche dopo molto tempo, si manifestino i segni di una tubercolosi, compito questo praticamente difficilissimo. Kyaergaard ha potuto seguire per molti anni (8 in media fino ad un massimo di 18 anni) 49 dei suoi pazienti; in uno solo ha potuto notare, in seguito, i segni di una tubercolosi polmonare.

Resterebbe sempre poi da escludere una tbc. pregressa. Da tutto quello che si è detto ne risulta come la denominazione di « pneumotorace in individui apparentemente sani » abbia valore in quanto raggruppa casi che clinicamente, e per il decorso e per la prognosi, si distinguono nettamente dagli altri che insorgono come complicanza sia della tbc. che d'altre malattie polmonari clinicamente dimostrabili. Ma è bene notare come tale denominazione non può avere nessun significato dal punto di vista dell'eziologia.

*
* *

Il quadro morboso dello pneumotorace insorgente in individui apparentemente sani non ha che raramente la gravità comune alla maggior parte degli pneumotoraci tubercolari. I sintomi sono fondamentalmente gli stessi, ma molto attenuati.

L'inizio brusco, accompagnato da vivo dolore non è quasi mai drammatico, il dolore si calma assai presto, la dispnea non è molto imponente, tanto che alcuni pazienti possono ancora camminare e, qualche volta, riprendere anche il loro lavoro.

Dopo qualche ora dall'inizio, il malato, eccetto un modico dolore che si esacerba con i colpi di tosse e con le ispirazioni profonde, ed una lieve dispnea, sta relativamente bene, tanto che spesso solo con l'esame obbiettivo si può mettere in evidenza il pneumotorace.

Ma in molti casi anche la sintomatologia fisica è assai attenuata.

Sabourin ha osservato 5 pazienti, in cui il pneumotorace, per molto tempo, non potè essere obiettivato nè con segni percussori nè ascoltatori. Tale Autore avverte di non confondere questa specie di pneumotorace detto *muto* con quello che Laennec chiamava *latente*. Questo è un pneumotorace cui il paziente si è così bene abituato che non ne avverte più alcuna molestia, ma basta porre l'orecchio al torace per diagnosticarlo.

Le condizioni per il formarsi di un pneumotorace muto, sempre secondo Sabourin, sarebbero due: o che la perforazione del polmone avvenga fra lobo e lobo o che briglie connettivali facciano sì che l'aria sia separata dall'orecchio da una parte di polmone sano.

Occorre in genere un periodo di tre o sei giorni affinchè insorgano i segni obiettivi; ma è da ricordare che esso può rimanere muto per sempre.

Tali casi sono stati osservati anche da altri AA., come Galliard, Galdizzian, Kahn, Genévrier.

*
* *

Qualche rara volta il pneumotorace muto può presentare una sintomatologia quasi esclusivamente addominale. Fra i casi più recenti è da ricordare quello di Jaquelin, in cui fu fatta diagnosi di appendicite, e quello di Kyaergaard, in cui i dolori addominali furono così violenti da far pensare ad una perforazione gastrica.

A questo proposito riferirò un caso molto interessante venuto sotto la mia osservazione.

CASO III. — Si trattava di un giovane, B. Armando, di anni 29.

Niente nell'anamnesi familiare. All'età di 4 anni ha sofferto di pleurite destra. In seguito è stato sempre bene fino a qualche tempo fa, quando ha cominciato ad accusare una vaga sintomatologia dispeptica, modicamente dolorosa, alla quale non ha prestato mai grande attenzione.

Un mattino, in pieno benessere, mentre prendeva un bagno parziale in acqua fredda, fu colto da un violento dolore all'epigastrio, dolore che si irradiava anche in alto, verso la spalla sinistra. Dopo poco insorse modica tosse e dispnea; non febbre nè vomito. Il dolore epigastrico in pochi giorni si attenuò, ma non scomparve, residuandone una sintomatologia gastrica consistente in accentuazione del dolore stesso dopo i pasti, senso di costrizione all'epigastrio, eruttazioni non acide, spesso meteorismo. Mai vomito, talvolta nausea e qualche piccolo rigurgito di liquido amaro.

Venuto a farsi visitare, l'esame obiettivo dette i seguenti reperti: Uomo in assai buone condizioni generali, masse muscolari assai valide, pannicolo adiposo sufficiente; non tosse nè edemi. Temperatura apirettica.

Niente a carico del capo e del collo. All'esame del torace si rileva che il cuore è piuttosto piccolo, di forma ed in sede normali; sui polmoni si apprezza solo respiro un po' scarso bilateralmente.

All'esame dell'addome si trova che lo stomaco è modicamente ptosico e presenta un distinto rumore di guazzamento.

Niente altro di notevole.

Fu eseguito l'esame radiologico dell'apparato digerente e del torace; il primo dette risultato completamente negativo; il secondo mise in evidenza un pneumotorace a sinistra, con polmone parzialmente compresso. Egualmente a sinistra furono riscontrati postumi di pleurite, rilevabili dalla presenza di una estesa aderenza pleurica, che aveva impedito appunto l'estendersi dell'aria in tuttó l'emitorace.

Consigliata la cura, il paziente è venuto di nuovo a farsi vedere dopo circa tre mesi.

I disturbi dispeptici persistono ancora, ma attenuati; non si rileva alcuna sintomatologia nè soggettiva nè obiettiva a carico del torace. L'esame radiologico dell'apparato digerente è di nuovo negativo; quello del torace dimostra ancora il pneumotorace sinistro, molto diminuito, essendo ridotto ad una piccola bolla d'aria situata verso la base dell'emitorace. Si nota anche la presenza di una piccolissima quantità di liquido nel seno costo-diaframmatico.

Si tratta dunque di un pneumotorace parziale, muto, a decorso piuttosto cronico, di natura quasi sicuramente tubercolare.

Il punto interessante di questo caso è la sintomatologia speciale che ha presentato (dolore iniziale a sede epigastrica e disturbi dispeptici persistenti), sintomatologia che poteva far pensare ad una affezione dello stomaco.

Casi di Pnx. con sintomatologia anomala sì da renderne anche molto difficile la diagnosi, sono descritti.

Jaquelin distingue a questo riguardo le forme di Pnx. decorrenti con segni fisici anormali, dovuti quasi sempre ad abbondanza estrema del versamento, e le forme con reazione funzionale anormale.

Esiste infatti una forma nevralgica, in cui la sintomatologia può far pensare ad una nevralgia intercostale; una forma detta infettiva o ipertermica, insorgente con brivido e decorrente con febbre elevata, ed una forma a tipo peritoneale od anche appendicolare, caratterizzata da dolori addominali.

Jaquelin crede che la genesi della anormalità di queste forme sia da ricercarsi nella variabilità della inondazione gassosa, nella sua intensità e rapidità di formazione, e nella sede e grandezza della perforazione polmonare. La forma caratterizata da dolori addominali sembrerebbe connessa ad una sede piuttosto bassa della perforazione. Mirande e Sergent invocano, per spiegare il dolore addominale delle lesioni pleuriche e polmonari, le anastomosi simpatiche e la distribuzione del XII nervo intercostale.

Nei pochi casi descritti, il dolore addominale, talvolta così violento da far sospettare una affezione peritoneale acuta, era iniziale; ma in breve tempo è cessato, assumendo la sintomatologia le caratteristiche proprie del Pnx.

Non ho trovato invece casi in cui la sintomatologia gastrica sia stata così complessa e sia persistita così a lungo in rapporto alla persistenza della raccolta gassosa intrapleurica, come nel mio.

In questo la genesi della sintomatologia anomala potrebbe essere spiegata dalla opinione di alcuni AA. che il dolore addominale dipenda dalla sede bassa della perforazione; e che tale condizione esista in questo caso è dimostrato dall'esame radiologico che mette in evidenza la raccolta gassosa limitata alla base dell'emitorace sinistro.

Va tenuto inoltre presente che molto spesso un dolore od altra sintomatologia in sede anomala, riconosce la sua origine in una spina organica che esista in questa sede stessa. Nel mio caso il paziente soffriva già da alcuni anni di vaghi disturbi dispeptici, e la spina della sede anomala della sintomatologia potrebbe essere rappresentata da quel modico grado di ptosi gastrica rilevabile clinicamente.

*
* *

La caratteristica essenziale del pneumotorace insorgente in individui apparentemente sani è che la lesione non è associata ad elevazioni termiche e ad essudato pleurico, eccetto qualche lievissima modificazione della temperatura (37°,2-37°,5), che nei primi giorni si osserva quasi senza eccezione.

La mancanza di essudato pleurico deve essere assoluta per potere includere un caso in questo gruppo di Pnx., perchè è appunto tale mancanza che ci spiega come il decorso di queste forme sia così benigno, così differente dal decorso degli pneumotoraci appartenenti al primo grande gruppo, cioè insorgenti in individui con malattia polmonare in atto. In questi casi, anche se favorevoli, la malattia si prolunga sempre circa due mesi, il versamento pleurico, quasi sempre presente, persiste a lungo e così pure la febbre. Non di rado la fistola polmonare non si oblitera del tutto, per le condizioni patologiche del tessuto stesso in cui ha sede, e così può aversi la trasformazione purulenta del versamento per superinfezione da piogeni od anaerobi; il quadro morboso si aggrava sempre più e talvolta non basta neppure l'intervento chirurgico a salvare la vita del malato.

Questa evenienza non è poi eccessivamente rara. Fishberg, nel suo libro sulla tbc. polmonare, dice che il pneumotorace è la più spaventosa complicanza di tale malattia: « il

pneumotorace è mortale ». Pur senza essere così pessimisti, anche gli altri Autori riportano statistiche assai gravi. Weisz e Koppenstein danno come mortalità l'80 %, West il 70 %.

Invece il decorso del pneumotorace in individui apparentemente sani è, come già si è detto, assai differente; il gas si riassorbe completamente e spontaneamente in 10-20 giorni e la guarigione è la regola. Kyaergaard riporta la statistica dei 200 casi della letteratura da lui raccolti, dalla quale risulta che solo 6 ebbero esito letale; in tali casi si trattava di forme eccezionali come emo-pneumotoraci o pneumotoraci bilaterali.

Nella letteratura ulteriore, da me esaminata, non ho trovato alcun caso mortale nel pneumotorace in apparente sanità.

Che la guarigione di questi malati sia assoluta lo dimostrano i dati che alcuni AA. hanno raccolto, seguendo anche per molti anni i loro pazienti (Enneking e Kyaergaard persino per 18 anni) trovandoli sempre in ottima salute.

***

Voglio infine riportare due casi venuti sotto la mia osservazione, che per la loro oscura eziologia e per il loro decorso spiccatamente benigno, mi sembrano essere tipici rappresentanti del quadro degli pneumotoraci insorgenti in individui apparentemente sani.

CASO IV. — B. Carolina, di anni 21.

Niente nell'anamnesi familiare e personale remota. Ha goduto buona salute fino a 15 giorni prima dell'ingresso in Ospedale. In pieno benessere, in riposo, fu colta, senza nessuna causa apparente, da un violento dolore all'emitorace destro, dolore specialmente localizzato alla regione soprascapolare. Insorse dispnea, che ben presto si attenuò. Ebbe tosse con modico espettorato. Lievissimi rialzi termici nei primi due giorni (37°,2).

RADIOGRAFIA 3.

Esame obiettivo: Donna in buone condizioni generali. Temp. 36°,5; pulsaz. 78; respiraz. 24.

Niente di anormale alla ispezione del torace. Il fremito vocale tattile è diminuito sull'emitorace di destra, su cui, alla percussione si risveglia suono intensamente timpanico. All'ascoltazione di detto emitorace si apprezza lieve respiro anforico in alto; silenzio respiratorio in basso. Niente all'esame delle altre regioni del corpo.

Esame radiologico: pneumotorace totale destro; non si vede nulla di particolare a carico del polmone di sinistra (v. Radiogr. 3).

Dopo alcuni giorni il dolore e la dispnea, che ancora persistevano, scomparvero; l'aria si riassorbì completamente, il polmone si riespanse.

La malata fu dimessa dopo un mese perfettamente ristabilita.

Si tratta di un caso tipico di pneumotorace insorgente in individui apparentemente sani. Nè l'esame fisico, nè la radiografia poterono mettere in evidenza alterazioni polmonari che potessero far pensare ad una affezione specifica, o di altra natura, del polmone. L'unica spiegazione patogenetica che può essere data è quella che si deve ammettere per la maggioranza di queste forme di pneumotorace, e cioè la rottura di una piccola vescicola d'aria solitaria. È noto come queste vescicole abbiano sede per lo più all'apice, e la malata riferisce infatti che il punto di partenza e la sede di maggior intensità del dolore furono nella parte più alta dell'emitorace. È però necessario che alla bolla d'aria sia preesistita una, anche minima, affezione del tessuto polmonare; se questa sia stata tubercolare o di altra natura, non si può sicuramente affermare.

Certo è che appare assai difficile trovare la causa prima in un'altra affezione che non sia la tubercolosi, essendo questa la malattia che più di frequente può dare delle alterazioni del polmone così minime da sfuggire ad ogni esame per quanto accurato; così l'eziologia tbc. appare la più probabile.

CASO V. — B. Amerigo, di anni 23.

Niente nell'anamnesi familiare e nell'anamnesi personale remota, eccetto un breve periodo, all'età di 15 anni, in cui fu malato di nefrite. In seguito ha goduto sempre ottima salute.

Nove giorni or sono, al mattino notò un dolore non molto intenso, localizzato prevalentemente dietro lo sterno a livello della seconda o terza costa, dolore a tipo puntorio, insorto senza nessuna causa apparente. Il paziente si alzò egualmente ed ha continuato per alcuni giorni il suo lavoro abituale; ma essendosi il dolore esteso in seguito anche a tutto l'emitorace sinistro, si fece visitare da un sanitario che gli consigliò il ricovero all'ospedale il giorno 30-VI-33.

Esame obiettivo: Giovane in buone condizioni generali.

Temp. apirettica. Respiro 22. Pulsazioni 80. Non tosse.

All'esame del torace si nota, alla percussione,

una lieve iperfonesi su tutto l'emitorace di sinistra, ed alla ascoltazione una lieve diminuzione di respiro su detto emitorace. Niente di anormale sull'emitorace di destra.

Cuore: ictus nel V spazio intercostale sinistro 2 cm. all'infuori della marginale sinistra dello sterno. Limite destro del diam. trasverso alla marginale destra dello sterno, limite sinistro 2 cm. all'infuori della marginale sinistra dello sterno. I toni sono un po' oscuri su tutti i focolai.

Null'altro di notevole all'esame delle altre regioni del corpo.

Cutireazione: negativa.

Esame radiologico: modica raccolta gassosa nella pleura di sinistra, in modo che il polmone si trova uniformemente separato dalla parete toracica da uno strato di aria di pochi centimetri. I polmoni appaiono normali; non vi sono aderenze.

In questo malato la diagnosi di pneumotorace, che già l'anamnesi e l'esame fisico ci fanno sospettare, viene accertata dall'esame radiologico.

Il paziente si trattenne per 15 giorni nel nostro Istituto, non ebbe mai febbre nè alcun'altra complicanza; l'aria si riassorbì completamente ed il paziente fu dimesso in perfetta salute.

È questo un caso, come il n. 3, caratteristico del gruppo degli pneumotoraci in individui apparentemente sani, la cui eziologia, non potendo invocare nè la tbc., nè alcun'altra malattia polmonare deve essere riportata alla rottura di una di quelle vescicole d'aria sorte su di una piccola zona di tessuto cicatriziale la cui natura è ancora ignota.

Questo caso presenta però una particolarità che merita di essere notata. Esso appartiene a quella forma di pneumotorace che gli inglesi chiamano *coat-formed*. In questa forma un piccolo strato di aria è diffuso lungo tutta la periferia della cavità pleurica, cosicchè viene ad avviluppare il polmone quasi fosse un rivestimento. Il polmone è in ogni parte allontanato dalla parete toracica di 2-3 cm. al massimo.

Non si ha che modico, e spesso nessuno, spostamento del cuore e del mediastino. Tale forma di pneumotorace è molto rara; di casi recenti sono noti solo i tre descritti da Kyaergaard.

Da quanto è stato esposto e dall'esame dei casi riferiti mi sembra se ne possa trarre qualche conclusione non priva di interesse.

Anzitutto, come si vede anche dal caso n. 1, si deve tener presente che, se la distinzione del pneumotorace in due gruppi, e cioè in quelli insorgenti in individui con malattie polmonari clinicamente dimostrabili ed in quelli insorgenti in individui apparentemente sani, ha valore in quanto si riferisce alla evoluzione ed alla prognosi della lesione, lo ha in molto minor grado per quello che si riferisce alla eziologia, essendo questa spesso comune ai due gruppi, e cioè tubercolare.

Inoltre i casi da me osservati vanno ad aumentare il numero, che in questi ultimi tempi tende a divenire sempre maggiore, delle forme decorse benignamente e senza complicanze. Per questo mi sembra che ora non si debba più ritenere, come si faceva in passato, che ogni pneumotorace abbia sempre una prognosi molto grave; ma che invece, basandoci su tali forme assai frequenti, di fronte ad un pneumotorace, si debba sempre tener presente, nel formulare la prognosi, la possibilità di un decorso benigno.

RIASSUNTO.

L'A. espone le varie condizioni che possono dare luogo ad un Pnx. trattando in particolar modo del Pnx. insorgente in individui apparentemente sani. Insiste sul fatto che molti degli Pnx. tubercolari, per particolari condizioni patogenetiche, possono avere un decorso benigno, ed una prognosi favorevole, riferendo cinque casi da lui osservati.

BIBLIOGRAFIA.

ANDERSON. Brit. Med. Journ., 23 apr. 1927.
ATWOOD. Journ. Am. Med. Ass., 1927, 38.
BOCALOGU e TANOSESCO. Presse Méd., 1925, p. 1522.
BOLAND. Journ. Med. Am. Ass., 30 nov. 1929.
BANTZ. Deut. Ztft. f. Nervenheilk., 1923, 81.
BÖNNIGER. Med. Klin., 1931, n. 43.
BONNAMOUR. Lyon Méd., 1931, n. 21.
BLANCO e ECHERGARAY. Arch. Am. de Méd., 1930, VI-VIII.
BRULÉ, HUGUENIN, HILLEMAND, GILBRIN. Presse Méd., 1933, n. 25.
BACH. Beitr. z. Klin. d. Tbk., 1911, 18.
BRUNNER. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1931, 33.
BIACH. Wien. M. W., 1880, 30.
CORCOUX e LEREBOULLET. Presse Méd., 1930, n. 21.
CESARINI. Thèse de Lyon, 1920.
CAUSSADE e GÉLAS. La Médecine, ag. 1931.
CAHN. Deut. Med. W., 1927, 43, II.
DE ELIZALDE. Com. Soc. Ped., 24 sett. 1929.
DE NEGRIS MARELLA. Policl., Sez. prat., 1932, n. 13.
DEVÉ. Presse Méd., 10 jan. 1931.
DIEZ. Policl., Sez. prat., 1928, pag. 2006.
DORENDORF. Klin. Wochft., 1926, 5, 1.
FABER. Hospitalstidende, 1921, 64 (cit. da KJAERGAARD).
FERRARI. Ospedale Magg., ott. 1927.
FISCHER. Zft. f. Klin. Med., 1922. Bd. 95.
FRIESDORF. Münch. Med. W., 1927, 74.
FRUGONI. Min. Med., 1929, I, pag. 473.
FUSSELL e RIESMANN. Am. J. Med. Sc., 1909. 124.
EMERSON. J. Hopkin's Hosp., 1903, II (cit. da KJAERGAARD).
GASBARRINI. Gazz. Osp. Clin., 15 ott. 1905.
GARDÈRE e SAVOYE. Journ. de Méd. Lyon., 1932, n. 291.
HAMILTON. Ztbltt. inn. Med., 1903, 30.
HANN. Lancet, 1918, II.
HARVEY. Journ. Am. Med. Ass., 4 jan. 1930.

HAYASKI. Frankfürter Zft. f. Path., 1915, 16.
HILLEMAND. Presse Méd., 1930, pag. 1626.
LAPORTE. Soc. anat. clin. Toulouse, mai 1931.
LEREBOULLET, LELONG, CHABRUN. Presse Méd., 1930, pag. 1521.
ID. ID. ID. Soc. péd., jan. 1925.
LE WALD. Arch. of Surg., 1926, 12; 1928, 15.
LEURET e LAMOTHE. Gaz. Sc. Méd., 1927, n. 48.
MENETRIER e PASCANO. Bull. Hop., Paris, jull. 1915.
MOSTEIM. Beitr. Klin. Tbk., 1905, III, Hft. 5.
MASSINI e SCOEMBERG. Berl. Klin. W., 1916, 53, 2.
NIKOLSKY. *Ueber der Spontanen Pnx.*, 1912.
KIAER. Hospithalstidende, 1923 (cit. da KJAERGAARD).
KJAERGAARD. *Spontaneous Pnx.* in App. Healthy, Copenhagen, 1932.
KUSAN. Ctrbltt. f. Tbc., 1926.
ORTH. Berl. Klin. W., 1905, 42.
PAGE. Lancet, 1931, I.
PALMER e TAFT. Journ. Am. Med. Ass., 1931, n. 9.
PIERACCINI. Il Lavoro, 1912, n. 20.
PITT. Trans. of Clin. Soc., London, 1900, 33.
PRYM. Münch. Med. W., 1919, n. 38.
PRACCHI. Arch. Med. e Chir., ott. 1932.
RANKING. Brit. Med. Journ., 1860, p. 665.
SABOURIN. Rev. de Méd., 1908.
SCHMINCKE. Biertg. Path. Anat., 1928, Bd. 80.
STOLOFF. Am. Journ. Med. Sc., 1928, CLXXVI.
STRAUSS. S. Clin. N. Am., apr. 1929.
TOLSTOI e CORKE. Am. Rev. Tbk., febbr. 1932.
VERA. Siglo Med., 1924, p. 117.
VITETTI. Clin. Ig. Inf., 1930, n. 11.
ZAHN. Wirch. Arch., 1891.
JONES. Virg. M. Mout. Rich., 1924, III.
WEBER. Brit. Med. Journ., 1919, jun. 4.
WEILL, HALLÉ e KOANG. Bull. Soc. Méd. Paris, déc. 1931.
WEISZ e KOPPENSTEIN. Wiener Klin. W., 11 ag. 1927.
WEST. Lancet, 1897, 75.
JACQUELIN. Presse Méd., 1929, n. 8.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI ROSSANO
diretto dal dott. G. CASCIARO.

Un caso di morbo di Kahler e difficoltà diagnostiche nel suo esordio

per il dott. UMBERTO TASSONE,
medico chirurgo ordinario.

Il morbo di Kahler descritto per la prima volta da questo autore nel 1889 e successivamente dal Bozzolo nel 1897, è rappresentato da una mielomatosi primitiva delle ossa per cui i rispettivi tumori sviluppandosi nella cavità midollare ed invadendo la sostanza ossea ne determinano la rarefazione fino a produrre fratture spontanee o deformazioni di determinate sezioni scheletriche, che possono altresì essere sede di dolori violenti per compressione di tronchi nervosi.

Reperto urologico pressochè costante è la presenza del corpo di Bences-Jones, con assenza di albumina. Il Bandi identifica questo morbo con il linfosarcoma midollare multiplo, con localizzazioni tanto nello scheletro quanto nell'apparecchio linfoghiandolare, nella milza, nel fegato, nei reni. Comunque le osservazioni sono alquanto rare ed il caso che è capitato sotto la mia osservazione è degno di menzione sia per la sindrome semiologica con la quale esordì la malattia, passibile in sul principio di molteplici interpretazioni diagnostiche, e sia per il decorso che, a differenza dei casi descritti dal Bozzolo, dallo Zehnisen (1891) e da Ewald (1897), fu oltremodo rapido.

Si è trattato di un giovane di ventuno anni con nessuna tara familiare, il quale qualche tempo prima che la malattia desse appariscenti segni di sè, aveva incominciato a notare un certo senso di astenia e di facile stanchezza ad ogni minima fatica che gli impediva di disimpegnare gli abituali lavori di campagna. A tale vaga sindrome sempre più crescente, si unirono, in un secondo tempo, dolori alle gambe, alla schiena, al petto, che crebbero sempre più, sino a manifestarsi sotto forma di accessi che si ripetevano a breve intervallo di tempo e che attanagliavano a guisa di cingolo il torace e l'addome. Ed è in una di queste crisi dolorose che ebbi occasione di vedere l'infermo.

Tipo longilineo, con cute del volto alquanto scura, apparecchio linfoghiandolare integro, respirazione superficiale, quasi che i moti respiratori acuissero i dolori, polso 80, stato di estrema sofferenza. La palpazione dell'addome risvegliava un certo senso di dolenzia in corrispondenza della regione epigastrica, senza però arrivare a quello stato di difesa che suole essere l'espressione di flogosi peritoneale; il resto dello addome dalla ombe-

licale-trasversa in giù era relativamente trattabile; l'alvo canalizzato. Intensificando l'osservazione clinica potetti stabilire che il suddetto dolore incominciava dalla colonna vertebrale, che aveva un massimo d'intensità nella sezione dorsale, dove si notavano zone determinate di iperestesia, e che i dolori si acuivano negli sforzi muscolari, nella tosse, nello starnuto.

Potendo escludere una peritonite da perforazione gastrica per il passato dell'infermo che aveva presentato tale ritratto clinico altre volte,. ripeto, sotto forma di accessi direi quasi ricorrenti, intercalati da periodi di relativo benessere, e potendo altresì escludere ogni eventuale lesione dell'addome destro (appendicite, colecistite) per la mancanza della sindrome propria di dette lesioni, dato il carattere del dolore a cingolo pensai anche ad una possibile pancreatite acuta, ma, sia per le ragioni sovradette e sia per l'assenza della glicosuria che è una nota urologica quasi costante nelle sofferenze pancreatiche, dovetti rinunziare a tale possibilità diagnostica.

La sindrome inoltre poteva entrare anche nel quadro della tabe dorsale, della quale la cintura dolorosa, il dolore degli arti inferiori, i disturbi della sensibilità riscontrati nella sezione dorsale della colonna vertebrale, potevano essere chiare manifestazioni; senonchè mancavano altri sintomi che caratterizzano la suddetta malattia troppo sistematica per potere confonderla con altri quadri nosologici e precisamente l'assenza dei riflessi patellari, del Romberg, dell'Argjl-Roberson, del Pitres, dell'Abadie, del Birmaki, sicchè avendo elementi sufficienti per potere escludere le suddette lesioni, per il fatto che i dolori si acuivano durante gli sforzi muscolari ed erano accompagnati a zone di disturbata sensibilità, si fu proclive nel metterli in rapporto ad una eventuale radiocolite, della quale per il momento sfuggiva l'elemento etiologico.

Passarono una ventina di giorni senza avere più notizia del caso, che appariva degno di interesse, quando fui invitato a vedere l'infermo in Ospedale dove era stato ricoverato per una sindrome assolutamente diversa da quella che mi era stata data di osservare in antecedenza. I dolori dell'epigastrio con irradiazioni, ai due ipocondrii ed indietro erano cessati completamente, e viceversa l'infermo presentava dolori vivi spontanei e provocati lungo la faccia anteriore delle tibie, sullo sterno, sul frontale, sulle clavicole e leggermente lungo le costole, dolori che messi in rapporto con la radicolite da me notata precedentemente, per quanto l'infermo negasse lue e l'apparecchio linfoghiandolare fosse assolutamente indenne, non facevano rinunziare al sospetto di una eventuale forma luetica.

Non era il caso di pensare al morbo di Still, giacchè in questo vi è ipertrofia cronica e progressiva delle articolazioni, associata ad ipertrofia della milza e delle ghiandole.

La Wassermann fu negativa, e negativa la sierodiagnosi per il tifo, e tifo simili, viceversa positiva per il micrococco del Bruce a basse diluizioni (1 su 30).

Diffidai della positività di questo reperto, giacchè mentre poteva tutto al più spiegare la rachialgia e qualunque altro dolore a carattere nevralgico, non spiegava la bilateralità della prima, i disturbi di sensibilità di una determinata zona della colonna vertebrale e successivamente l'ubicazione degli altri dolori direi quasi scaglionati sulle due tibie, sullo sterno, sul frontale, sulle due clavicole. D'altra parte anche la bassa diluizione dava motivo di ritenerla un reperto accidentale, e noi sappiamo come è facile trovare positiva in tale proporzione la suddetta prova. Infatti la scuola di Micheli ha dimostrato che molte persone anche sane, senza avere mai sofferto febbre di Malta possono agglutinare il micrococco melitense o il B. di Bang, potendo essere stati vaccinati dall'uso protratto del latte contenente eventualmente detti germi resi innocui dalla bollitura, ma capaci di vaccinare (lavori di Bastai e Botta, agosto 1928, sul significato clinico e biologico delle reazioni allergiche e delle agglutinazioni antimelitensi negli individui normali e nei malati di febbre ondulante).

Ma va di più: il siero di sangue di altri malati per es. tbc. polmonare agglutina debolmente, al l'inizio della prova il b. del tifo, paratifo e melitense, sicchè bisogna diffidare sempre delle basse diluizioni e dare credito solamente alle forti e crescenti e partire almeno da uno su 500 (Arcangeli, tbc. occulta).

L'esame dell'urina in un primo momento è stato negativo, non così successivamente per la presenza del corpo di Benge-Jones. L'esame del sangue ha fatto rilevare a carico della serie bianca un aumento notevole di leucociti con presenza di mielociti e di mieloblasti. Oltre questi dati molto eloquenti per pensare al morbo Kakler. l'ulteriore evoluzione ne illuminò in modo sicuro la diagnosi, giacchè, a parte un decadimento organico sempre più rapido e crescente con cime termiche alquanto elevate, i dolori si estesero anche alle ossa craniche, alle scapole, a tutta la colonna vertebrale che presentò manifesti lordosi. Furono le tibie e lo sterno che subirono maggiore rarefazione della corticale fino a determinare delle inflessioni e fare percepire una certa mollezza dovuta alla crescente neoplasia midollare. Successivamente anche lungo le costole specie del lato sinistro, e sulle scapole si potettero apprezzare numerosi piccoli tumoretti dolenti spontaneamente e dolentissimi alla pressione.

Il quadro era integrato da fenomeni di sepsi generale per la quale il malato venne a mancare dopo poco più di due mesi di malattia.

Non si praticò l'autopsia, poichè i familiari vollero portare via l'infermo qualche giorno prima dell'esito letale, malgrado fosse stato utile per potere escludere altri eventuali tumori maligni a carattere metastatizzante (sarcomi); comunque il caso riferito riprodusse la gamma semiologica più completa del morbo descritto per la prima volta da Kahler col nome di mieloma multiplo.

La sua relativa rarità, l'assenza dell'albumosuria in principio, la presenza e la persistenza successiva, il decorso oltremodo rapido, a differenza di altri casi descritti che ebbero una durata molto più lunga (quattro anni il caso di Bozzolo), e la strana sintomatologia con la quale esordì la malattia passibile di varie interpretazioni diagnostiche, m'inducono a ritenere il caso degno di un certo interesse e tale da farne sintetica menzione.

Rossano, 30 maggio 1933-XI.

RIASSUNTO

Morbo di Kahler in soggetto 21enne; è notevole per il decorso rapidissimo, perchè l'albumosuria mancò in primo tempo e perchè la sintomatologia iniziale ingenerò gravi difficoltà diagnostiche.

BIBLIOGRAFIA.

BOZZOLO. *Malattia di Kahler*. Congresso di Medicina Italiana, Napoli, 1897.

D'ALLOCCO. *Contributo alla sarcomatosi sistematica midollare delle ossa*. Riforma Medica, giugno 1900.

PENDE. *Sulle neoformazioni sistematiche primitive del midollo osseo*. Medicina Italiana, 1909.

ID. *Sarcomatosi primitiva del midollo osseo*. Ibid., ottobre 1909.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le manifestazioni cerebrali delle embolie gassose.

(J. LHERMITTE e CASSAIGNE. *Gazette des Hôpitaux*, 24 marzo 1934).

La penetrazione di aria nelle vene può determinare disordini cerebrali imponenti (paralisi, convulsioni, coma), la cui patogenesi variamente è interpretata. Secondo alcuni si tratterebbe di fatti istero-traumatici, secondo altri di disturbi riflessi consistenti in spasmi vasali cerebrali transitori, ed infine secondo AA. più moderni di vere embolie determinate dal passaggio di bolle di gas nei vasi cerebrali.

L'embolia gassosa può sopravvenire non solo in seguito alla ferita di vene particolarmente pericolose dal punto di vista chirurgico, quali sono le vene giugulari, ma anche in seguito a ferite dei territori venosi delle ossa e dei visceri.

Le vene uterine sono al riguardo le più importanti. Neller ha di recente riportato il caso di una giovane donna che a seguito di manovre abortive fu improvvisamente colta da ictus con cecità, cui seguirono emiplegia destra con mioclonie del braccio, emianelgesia, ipertonia ed iperreflettività. Il giorno seguente la donna, sempre in coma, fu colta da accessi epilettici generalizzati. Solo dopo il quarto giorno il coma cessò e cominciarono ad attenuarsi i fenomeni paralitici e convulsivi.

Casi analoghi, e seguiti da morte, furono pubblicati da Nardhard, Moeller, Neuburger e Walcher.

In tutti questi casi l'aborto fu procurato con un apparecchio a pompa mediante il quale si iniettò nell'utero acqua ed aria sotto pressione. Gli accidenti non furono certo determinati dall'introduzione dell'acqua nel sangue, ma dalla penetrazione di aria nel circolo.

La fenomenologia clinica sopra accennata è uguale a quella che è provocata dall'embolia gassosa di tutta altra origine. Beauchure la verificò in seguito alla ferita chirurgica della vena clavicolare, e Werren in occasione di un intervento sulla vena facciale.

Del resto i casi del genere sparsi nella letteratura sono moltissimi. Ogni qualche volta viene aperto un grosso tronco venoso in una zona pericolosa si può avere un'embolia gassosa con una fenomenologia clinica caratteristica. Qualche istante dopo avere ascoltato un rumore di gorgoglio a livello del ventricolo sinistro, il soggetto diventa pallido e prova un'angoscia indicibile: la vista si oscura, la coscienza si obnubila, e quindi sopravvengono crisi convulsive generali e localizzate con perdita della conoscenza. Quando il coma cessa, si constata un'emiplegia con o senza afasia, un'emiplegia cruciata o una monoplegia. La natura organica di tali fatti è comprovata dalla presenza del segno di Babinski, dall'esagerazione dei riflessi tendinei con trepidazione epilettoide, dai disturbi della sensibilità obiettiva.

A seguito dell'introduzione del pneumotorace in terapia si sono constatati casi identici a quelli sopra descritti.

Secondo Cestan le complicazioni nervose che possono verificarsi in conseguenza di un intervento sulla pleura sono di tre ordini: sincopali, convulsivi, emiplegici.

Ma nel caso del pneumotorace è difficile scindere così nettamente gli accidenti nervosi. In un gran numero di casi la perdita della coscienza, l'emiplegia e le convulsioni epilettiche si accavallano e s'intricano.

In genere le cose si svolgono nel modo seguente: dopo la puntura ed in seguito all'insufflazione di gas il soggetto avverte un dolore toracico acutissimo accompagnato da angoscia, il cuore si accelera, la vista si oscura, compaiono vertigini, ed infine si ha perdita totale della coscienza, l'infermo si abbatte; la faccia è pallida o leggermente cianotica, la respirazione può sospendersi per qualche istante. A questi fenomeni si sovrappongono manifestazioni che depongono per disordini di determinati centri nervosi: deviazione coniugata della testa e degli occhi, paralisi facciale, monoplegia, emiplegia crociata.

Non è dubbio che si tratta di disturbi provocati dall'embolia gassosa. Tuttavia essi hanno particolarità per cui si distinguono dalle paralisi da focolaio emorragico o malacico. Gli arti paralizzati sono talvolta flaccidi, talvolta ipertonici; i riflessi tendinei sono spesso esagerati fin dal primo momento e sono accompagnati da clono del piede e della rotula; il segno di Babinski è precocemente presente e talvolta anche dal lato non paralizzato; le paralisi e le contratture possono scomparire da un momento all'altro per ricomparire nello stesso posto o in altre parti; la deviazione co-

niugata della testa e degli occhi possono alternarsi; i fatti più gravi, l'emiplegia più completa, la cecità più assoluta possono scomparire senza lasciare traccia alcuna.

Le esperienze sugli animali hanno dimostrato come gli accidenti cerebrali da lesioni venose e pleuro-pulmonari hanno una patogenesi identica, sono dovuti ad embolie gassose dei vasi cerebrali.

Le esperienze di Brauer, Wever, Neuburger, Kleinschmidt, Heller, Mayer, von Schroetter hanno dimostrato che l'introduzione di qualche cmc. di aria nelle vene pulmonari di un animale provoca accidenti analoghi a quelli che si verificano a seguito di interventi pleurici nell'uomo, o a seguito d'iniezione di aria direttamente nelle carotidi degli animali.

La teoria del riflesso pleurico brillantemente sostenuta da qualcuno, è stata molto scossa se non del tutto contraddetta da esperienze fisiologiche: l'introduzione di sostanze irritanti nella pleura non provoca mai disordini del genere.

Più difficile si è mostrata per qualche tempo l'interpretazione della patogenesi delle embolie gassose cerebrali determinate da iniezioni di aria nelle vene della grande circolazione, in quanto si riteneva che gli emboli gassosi non potessero mai attraversare la barriera pulmonare. In effetti è stata chiaramente dimostrata la presenza di bolle di gas nel cuore sinistro a seguito di iniezioni di aria fatte nelle vene periferiche.

D'altra parte la prova del passaggio nel sistema venoso centrale dell'aria introdotta nelle vene è data dai reperti istopatologici.

Nelle embolie gassose che si verificano nell'uomo a seguito di ferite di tronchi venosi o di vene viscerali si hanno lesioni nervose perfettamente simili a quelle prodotte sperimentalmente con l'iniezione di aria nelle carotidi di animali e che hanno particolarità caratteristiche: gli elementi nervosi sono colpiti da omogeneizzazione, da necrosi di coagulazione, e talvolta alcune zone sono letteralmente devastate.

In conclusione i fatti clinici e sperimentali concordano nel far ritenere che la maggior parte degli accidenti consecutivi agli interventi sulla pleura e sul pulmone, ed all'introduzione di bolle gassose nelle vene periferiche non sono dovute ad un riflesso pleuro-pulmonare o cardiaco, ma a perturbazioni circolatorie determinate dal passaggio di bolle gassose nei vasi cerebrali. DR.

Le cisti cerebrali.

(WINCHELL CRAIG e JAMES W. KERNOHAN. *The Journal of the Am. Med. Ass.*, gennaio 1934).

Le cisti cerebrali più importanti per il neuro-chirurgo sono quelle che accompagnano i neoplasmi. In generale si constata che quanto più benigno è il glioma, tanto più frequente si verifica la degenerazione cistica. A differenza degli altri tipi le cisti neoplastiche contengono sempre un liquido xantocromico. Iu questi casi la decompressione o il semplice drenaggio sono stati spesso seguiti da un lungo periodo di sollievo per l'ammalato, tale da permettere in un secondo tempo, quando questi si è rimesso, interventi più radicali come ad esempio, l'esportazione completa della massa neoplastica. A volte ad un primo drenaggio è necessario far seguire delle successive aspirazioni. In alcuni casi di tumori benigni è stato necessario eseguire più di un'operazione per ottenere una completa estirpazione della massa neoplastica. Gli AA. illustrano quattordici casi di cisti di varia natura studiati ed operati da loro, rilevandone i dati più importanti istologici e di tecnica operatoria, nonchè i mezzi sussidiari usati per ottenere i migliori risultati. Rilevano che non esiste un segno clinico per la differenziazione tra una cisti ed un tumore. Un segno subiettivo da tenere in gran conto per la diagnosi differenziale tra cisti e tumore è la modificazione del mal di testa sotto lo sforzo della tosse, lo sternuto, che se esiste depone per la cisti. Gli AA., dopo aver riportato le opinioni di alcuni studiosi che maggiormente si sono occupati dell'argomento, rilevano che è impossibile fare la diagnosi differenziale tra le varie cisti con il solo esame microscopico, ma vi si può arrivare tenendo conto di tutti i dati anamnestici ed obiettivi. SCANDURRA.

La ganglionectomia simpatica lombare nel trattamento della paraplegia spastica.

(J. DIEZ. *Prensa Médica Argentina*, 6 dicembre 1933).

L'A. ci presenta 5 pazienti affetti da paraplegia sensitivo-motoria e curati definitivamente con tale metodo.

Per spiegare questo risultato fa uno studio sul determinismo fisio-patologico che porta alla guarigione.

Nega che il semplice riposo a letto sia la causa determinante della guarigione o che la ganglionectomia agisca direttamente sulla lesione vertebrale o sugli ascessi ossifluenti, perchè questi non si modificano e perchè essa non modifica la tubercolosi ossea e se ciò fosse, la regressione della paralisi non potrebbe iniziarsi dentro le prime 24 ore del periodo postoperatorio come è avvenuto per i suoi malati nei quali, i primi movimenti a comparire furono quelli delle dita e del collo del piede; seguirono nei giorni successivi quelli di flessione della gamba e della coscia e subito dopo anche quelli di abduzione e adduzione. Simultaneamente e con straordinaria rapidità si ristabilì la sensibilità in tutte le sue forme e fu completa già all'ottavo giorno.

Tampoco tiene in considerazione sulla possibilità di una azione periferica della ganglioc-

tomia. Invece bisogna ricercare le modificazioni fisiopatologiche sul midollo malato.

L'esistenza di una mielite trasversa di origine vascolare nel morbo di Pott con paraplegia è un fatto noto e Fickler riassume così la patogenesi della lesione: ispessimento epidurale che comprime i vasi linfatici spinali; alterazione circolatoria linfatica; ischemia generale per compressione dei vasi della radice; ischemia locale per alterazione dei vasi.

L'esistenza di questo tipo di lesione conferma che se si riesce a modificare favorevolmente, con un intervento chirurgico, il regime circolatorio del midollo, si deve assistere alla retrocessione della paraplegia. È ciò che succede con la ganglionectomia lombare. A sostegno di ciò abbiamo due prove: una clinica e una anatomica.

La prima è data dal fatto che tra gli operati vi erano due donne e in queste la comparsa del periodo mestruale coincideva, matematicamente, con una retrogradazione, dal 20 al 50 %, dal miglioramento ottenuto nei giorni precedenti; miglioramento però che si ristabiliva bruscamente col cessare della mestruazione, retrogradazione mestruale dovuta a fenomeni meiopragici a livello del midollo malato.

Riguardo alla prova anatomica noi sappiamo che il midollo è irrorato dalle arterie spinali anteriori e posteriori, che ricevono la loro innervazione simpatica dal ganglio paravertebrale che è nelle sue immediate vicinanze. Ora la ganglionectomia lombare determina una vasodilatazione paralitica a livello del midollo e in tale modo si ha la guarigione della paraplegia: infatti elevando il regime circolatorio del midollo, possiamo vincere l'obliterazione capillare e sopprimere l'ischemia e con l'aumento della tensione capillare possiamo migliorare la stasi venosa e sopprimere l'asfissia locale.

La simpaticectomia non ha risultato se si ha una paraplegia in flessione o se la paralisi è determinata da altre cause, per es., come è successo all'A., un restringimento del canale midollare per sublussazione patologica.

L'A. opera con anestesia locale e segue la via posteriore retroperitoneale.

N. DI PAOLA.

VIE BILIARI.

Le forme cliniche della lambliasi della vescichetta biliare.

(CH. MIKÉLADZÉ. *Paris Méd.*, 9 dic. 1933).

La lambliasi vescicolare clinicamente può presentarsi e svilupparsi sotto forme differenti, fatto questo che rende difficile la diagnosi.

La forma più frequente è quella che decorre come una colecistite latente non calcolosa. Il malato si lagna di malessere e di pesantezza o di dolori vaghi sotto l'ipocondrio destro o nella regione destra dell'addome. Tali disturbi si producono dopo ogni pasto copioso o dopo l'affaticamento fisico. A poco a poco si aggiungono una debolezza inesplicabile, una diminuzione dell'attitudine al lavoro, irritabilità del carattere.

Più raramente si osserva una forma di lambliasi vescicolare che simula la colelitiasi e le due forme si possono combinare fra loro.

Più rara ancora è la forma pseudo-ulcerosa, più difficile a diagnosticare.

L'esame obiettivo dei malati di lambliasi vescicolare dimostra tutta una serie di sintomi a carico dell'apparecchio digestivo.

La lingua è ordinariamente un po' saburrale, l'appetito è generalmente diminuito; talora il malato rifiuta di mangiare per paura di provocare l'esacerbazione dei dolori o delle sensazioni penose. Nel succo gastrico si trova ordinariamente un aumento dell'acidità totale e dall'acido cloridrico libero; l'ipoacidità si riscontra più raramente e sempre in malati sofferenti da molto tempo e con sintomi di anemia. I malati soffrono ordinariamente di costipazione alternata, di tempo in tempo, con diarrea di breve durata.

Nelle feci si possono trovare le lamblie (*Giardia intestinalis*), ma molto raramente e sopratutto durante i periodi di diarrea.

La temperatura può subire leggerissime oscillazioni durante i periodi di aggravamento della malattia.

Dal lato del sistema cardio-vascolare si osserva tutta una serie di sintomi (leggere palpitazioni, lieve aumento di volume del cuore, ipotensione arteriosa).

Altri segni frequenti ad osservare sono: facile stancabilità, irritabilità, vertigini.

Come diagnosticare una lambliasi della vescichetta biliare?

Dal punto di vista della diagnosi, che i sintomi clinici possono solo far sospettare, ha importanza decisiva la constatazione della presenza delle lamblie nella bile B in più grande quantità che nella bile A. Nella bile si possono inoltre osservare altre modificazioni in rapporto con i fatti catarrali della mucosa vescicolare. La bile B è sempre più o meno torbida, contiene del muco, cellule epiteliali desquamate e leucociti in grande quantità.

La lambliasi vescicolare evolve il più spesso assai lentamente e può provocare a lungo andare un'anemia poco marcata, a tipo ipocromico.

Riguardo al trattamento, bisogna subito dire che le lamblie sono molto resistenti ai medicamenti che in gran numero sono stati adoperati contro di esse. L'A., dopo lunghe prove, si è fermato allo stovarsolo che, associato al drenaggio non chirurgico delle vie biliari, dà i migliori risultati. Il drenaggio evacua la cistifellea, lava le vie biliari e il duodeno ed espelle meccanicamente le lamblie.

L'A. somministra lo stovarsolo quattro o cinque giorni di seguito alle dosi da gr. 0,75 a 1 gr. al giorno con una interruzione di tre giorni durante i quali pratica il drenaggio delle vie biliari, e ripete il trattamento parecchie volte fino alla scomparsa delle lamblie dalla bile. Non bisogna oltrepassare la dose di 20-30 gr. di stovarsolo, per evitare la comparsa di fatti tossici.

L'effetto di questo trattamento è ordinariamente molto buono, ma le recidive sono frequenti. Bisogna pertanto di tempo in tempo praticare il sondaggio duodenale, ricercare le lamblie nella bile B e ripetere eventualmente il trattamento.

Nei casi resistenti allo stovarsolo e nei malati che non sopportano questo medicamento, si deve impiegare l'arsenobenzolo.

C. TOSCANO.

Sulle modificazioni della flora microbica gastro-duodenale dopo colecistectomia.

(G. M. ANTONIOLI. *Annali Italiani di Chirurgia*, 30 settembre 1933).

Le alterazioni gastro-duodenali nel corso delle malattie delle vie biliari si manifestano essenzialmente in due forme:

1) Alterazioni della secrezione: secondo le ricerche si osserva un deficit di HCl. Su una statistica di 471 casi di calcolosi Rydgaard trovò una proporzione del 52 % di ipochilia e del 34 % di achilia; invece secondo Griffiths nel 90 % dei casi di colecistiti con o senza la presenza di calcoli biliari si troverebbe una ipercloridria associata al rigurgito. Secondo lui l'ipocloridria sarebbe apparente, perchè l'acido cloridrico è stato solamente neutralizzato.

2) Alterazioni della motilità gastroduodenale legati a disturbi organici o funzionali: i primi dovuti a vizi di forma e di posizione dello stomaco o del duodeno conseguenti a fatti aderenziali e la loro forma più frequente è data dallo stomaco obliquo con piloro stirato a destra e in alto. I secondi consistono in quadro di descinesi con fasi di iperperistaltismo e di spasmi più o meno circoscritti, alternate a fasi di ipocinesi o di atonia. Tutti questi quadri hanno un'origine riflessa e sono incostanti per intensità e sede, essendo pronunziati a volte alla regione medio gastrica o al piloro, a volte nel bulbo duodenale o al cardias.

La colecisti non è più considerata come un serbatoio di bile, ma è ritenuta un organo a funzioni complesse tra cui: una funzione concentratrice della bile, una capacità contrattile bene individuata (colecistocinesi) e forse anche una funzione assorbente e secernente (colesterina) e secondo le ultime ricerche dopo la colecistectomia si riscontra una dilatazione compensativa delle vie biliari extraepatiche, sopratutto a carico del cistico se conservato, ma senza modificazioni istologiche che permettano di parlare di una rigenerazione delle colecisti. I disturbi clinici consecutivi alla colecistectomia compaiono in genere in 1/4 dei casi secondo Rosenthal e la maggior parte delle complicazioni sono da riferirsi non alla colecistectomia, ma alla persistenza post-operatoria delle alterazioni epatiche e umorali e dei processi infettivi che già esistevano.

I disturbi sono caratterizzati sia da dolori sia da disturbi digestivi.

I dolori che compaiono precocemente sono dovuti a disturbi del deflusso biliare nel duodeno causati dall'accumularsi della bile nei dotti extraepatici, che vengono così gradualmente distesi e dalla ipertonia dello sfintere di Oddi.

I disturbi digestivi possono essere di tipo gastrico, intestinali accompagnati o non da dolori e quasi sempre caratterizzati da diarrea riferiti da alcuni, all'ipotonia o meglio all'insufficienza dello sfintere di Oddi che permette un gocciolare quasi continuo della bile chiara nel duodeno, da altri alla insufficienza pancreatica.

A proposito infine della flora gastroduodenale nelle malattie della colecisti e delle sue modificazioni dopo colicistectomia, secondo la maggior parte degli autori nello stomaco e nel duodeno dei malati affetti da colecistite si trovano germi svariati in quantità superiore che nel sacco e dopo la colecistectomia, il contenuto batterico intestinale aumenta di numero e di virulenza e i fenomeni di putrefazione intestinali si fanno più intensi.

L'autore ha studiato comparativamente i valori del chimismo gastrico a digiuno e dopo colazione di Ewald e i caratteri della flora microbica gastro-duodenale prima e dopo la colecistectomia in 15 malati affetti da calcolosi della cistifellea o da colecistite semplice.

Mette in evidenza la comparsa di una ipocloridria in 75 % dei casi e l'accentuarsi della flora gastrica e sopratutto di quella duodenale dopo la colecistectomia e richiama l'importanza chirurgica di questa nozione per il trattamento post-operatorio dei colecistectomizzati e consiglia un regime dietetico appropriato, con la somministrazione di piccoli pasti frequenti e regolarmente distanziati, l'uso di blandi disinfettanti intestinali o di auto o stock vaccini per via orale o parenterale.

La somministrazione di acido cloridrico, di pepsina o di sostanze medicamentose capaci di stimolare la secrezione dello stomaco.

N. DI PAOLA.

Ulcera duodenale e ostruzione del coledoco.

(RABUFFETTI, MOIA e YODICE. *El Dia Medico*, 24 luglio 1933).

Presentano il caso di un individuo di 58 anni che da due mesi e mezzo era diventato for-

tamente itterico, con orine scure, pruriti, e feci completamente scolorate, oltre a ciò da più anni presenta leggera dolenzia alla regione epigastrica un'ora prima dei pasti e che scompare con la ingestione di cibo; di tanto in tanto ha vomito biliare acido senza resto alimentare.

All'esame obbiettivo presenta un fegato enormemente aumentato di volume di consistenza duro e superficie regolare. Le manovre palpatorie sono dolorose. La zona pancreatica coledecica di Chauffard è intensamente dolorosa. La radiografia del duodeno mostra una ulcera del bulbo duodenale.

Colecistografia: negativa.

Sondaggio duodenale: negativo.

Le orine contengono bile e sali biliari.

La reazione di Hymans V. den Berg: positiva.

Siccome nessuna medicazione colagoga antiinfettiva e regime dietetico era riuscita ad attenuare la sua itterizia si sottopose il paziente ad un atto operativo.

L'esplorazione gastro duodenale mostra un ulcus calloso nel duodeno con piastrone fibroso che include il pancreas. Si effettua una colecistoduodenostomia previa mobilizzazione del duodeno. Le condizioni erano di nuovo molto migliorate e l'itterizia stava scomparendo quando ai 45 giorni l'operato muore per una ematemesi fulminante. L'autopsia ci mostra nella faccia posteriore della prima porzione del duodeno e parte della seconda un'ulcera della grandezza di una moneta di 20 centesimi, che forma un processo tumorale di natura istologica infiammatoria, che ingloba il coledoco il cui lume è notevolmente ristretto per una estensione di 3-4 cm., e al disopra è molto disteso.

Nel fondo del cratere si osserva un orifizio piccolo che corrisponde alla perforazione della arteria causa dell'emorragia mortale.

Gli AA. pensano che l'ostruzione del coledoco fu la responsabile di gran parte del quadro clinico che presentava il paziente; occlusione causata dall'ulcera, onde il nome di ulcera duodenale a forma itterica.

La loro opinione è confermata da Gallart Monès il quale ammette che un ulceroso duodenale può diventare itterico per i seguenti meccanismi:

1) Tumefazione permanente o transitoria dell'ampolla di Vater;

2) Compressione del coledoco per briglie o aderenze;

3) Perforazione dell'ulcera nel pancreas;

4) Pancreatiti per via linfatica;

5) Itterizia catarrale con infezione che ha il suo punto di partenza nell'ulcera.

Perciò si augurano che questa manifestazione acquisti diritto di cittadinanza nella patologia digestiva.

N. Di Paola.

Sul reflusso di succo pancreatico nelle vie biliari.

(A. Cernezzi. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 4 febbraio 1934).

La condizione anatomica indispensabile perchè avvenga un reflusso pancreatico-biliare è costituita dallo sbocco di ambedue i dotti escretori entro l'ampolla di Vater. E questo dotto comune è molto frequente; il Sappey lo trovò infatti in due terzi dei cadaveri esaminati. Lo sbocco comune ed un ostacolo papillare possono riuscire a formare del dotto di Wirsung e del coledoco un sistema di tubi comunicanti entro i quali può verificarsi un riflusso nell'uno o nell'altro senso a seconda del predominare della pressione dell'uno o dell'altro secreto; normalmente vi è una pressione lievemente inferiore pel succo pancreatico del Wirsung 285,5 mm. d'acqua, in confronto alla bile del coledoco 300 mm. d'acqua. Ora se i fermenti pancreatici, giungono in una vescichetta a pareti a contenuto normale e normalmente svuotantesi, possono esservi tollerati senza danno per qualche tempo, mentre invece in vescichette calcolotiche e infiammate, con colestasie e sepsi, danno luogo ad alterazioni parietali più o meno rapide ed intense, che vanno dalla filtrabilità senza perforazione alla forma flemmonosa ed alla necrosi per digestione.

Nella clinica il fenomeno del reflusso pancreatico-biliare deve essere considerato sotto due ben distinte forme: 1° a vie biliari chiuse, che si identifica con la così detta colecistite filtrante o peritonite biliare senza perforazione e 2° a vie biliari aperte degna di particolare considerazione perchè, mentre a priori sembrerebbe assai più facile a prodursi, in vista della mancanza di pressione positiva entro le vie biliari aperte, il numero delle osservazioni cliniche è così esiguo da far temere che talvolta non siasi pensato alla sua eventualità o non se ne siano esattamente interpretate le manifestazioni.

Il caso personale dell'autore, che si riferisce alla seconda forma, sarebbe il secondo descritto in Italia, e fu osservato in seguito a coledocostomia. Si trattava di una signora di 49 anni operata con diagnosi di colecistite calcolosa sclero-atrofica, calcolosi del coledoco e conseguente coledococite ed angiocolite.

All'atto operativo la cistifellea fu trovata ridotta ad un cordone duro cilindrico; il coledoco notevolmente dilatato fu aperto longitudinalmente e fu esplorato fin nel lume duodenale però non si rinvenne che poltiglia biliare e traccie di pus.

Fu eseguita la cistectomia e introdotta nel lume dell'epatico e del coledoco il tubo a T del Kehr; lasciati due zaffetti si chiuse a strati il resto della ferita laparotomica.

La malata si riebbe rapidamente, però dopo circa 2 mesi, quando la fistola biliare sembrava prossima a chiudersi, l'operata ebbe febbre

alta, ittero intenso e acolia delle feci e con la cute della parete addominale anteriore e laterale destra arrossata e cosparsa di un liquido biancastro, mucoide, d'odore acre, nauseante, misto a bile e che con esame, fu accertato trattarsi di succo pancreatico. Era dunque evidente che un calcolo residente nell'ampolla e sfuggito alle non facili ricerche, doveva essersi improvvisamente incuneato nella papilla. 4 giorno dopo l'autore iniettò 50 grammi di olio d'oliva sterile nel seno fistoloso cercando di non esercitare pressioni sullo stantuffo della siringa.

L'esito superò ogni aspettativa, perchè la sera stessa le feci emesse presentarono un debole colorito gialliccio e il giorno dopo ogni traccia di odore fermentativo nella secrezione della fistola era scomparsa e la malata migliorò sempre e quindici giorni dopo si ebbe la chiusura totale della ferita. Questo caso clinico offre un esempio molto dimostrativo della importanza, che può assumere nella chirurgia delle vie biliari un reflusso pancreatico a vie biliari aperte, reflusso che si ha quasi costantemente in seguito alla coledocostomia.

La sintomatologia è chiara: subitaneo e forte aumento del liquido emesso dalla fistola, con colorito ed aspetto simile a saliva, a forte e nauseante odore rancido.

La diagnosi di succo pancreatico si fa aggiungendo a della gelatina fusa un po' di fenoftaleina e alcalinizzarla fino a che questa le dia un colore roseo poi, tenendo sempre il tubo d'assaggio in bagno maria a 37° lasciarvi cadere una mezza dozzina di goccie del succo in esame. Se questo ha potere triptico la gelatina dopo pochi minuti si scolora.

Terapia: difendere la cute dell'addome con pasta o pomata; istillare poi ripetutamente una sostanza oleosa nelle vie biliari aperte, però molto lentamente onde non fare risalire prodotti settici nell'albero biliare intraepatico.

N. DI PAOLA.

Calcemia e calcibilia provocate.

(CHIRAY-MARCOTH. LE SANNETTE-FIRMIN. *Presse méd.*, 1933, n. 104).

La visibilità radiologica dei calcoli biliari dipende dalla quantità di sali di calcio che essi contengono.

Considerando l'apparente periodicità delle deposizioni calciche nei calcoli biliari, rivelata dai depositi anulari concentrici che si rilevano nelle sezioni dei calcoli, gli AA. si domandano se esiste un rapporto fra le variazioni della calcemia e questi periodi di precipitazione calcica nella bile, e se esista un mezzo di provocare a volontà l'aumento ed eventualmente la precipitazione del calcio biliare nell'uomo.

Per rispondere a queste domande gli AA. sottopongono 5 ammalate di calcolosi biliare ad iniezione di gluconato di Ca ed altre 7 a iniezioni bigiornaliere di Parathormone di Collip determinando in tutte un notevole aumento della calcemia per un periodo di circa un mese; in 7 di queste ammalate hanno studiato la calcibilia riscontrando nella maggior parte di esse qualche settimana dopo l'inizio della ipercalcemia un aumento del cacio nella bile ottenuta col sondaggio duodenale.

Malgrado tale aumento del contenuto in calcio della bile non hanno mai potuto notare nè una qualsiasi maggiore opacizzazione delle vie biliari, nè una maggior visibilità dei calcoli, intravisti radiologicamente.

B. PAGGI.

MISCELLANEA.

L'ipoglicemia costituzionale spontanea.

(E. ERCKLENTZ. *Münch. med. Wochens.*, 13 aprile 1934).

L'introduzione dell'insulina nella terapia ha portato, oltre ai noti risultati terapeutici, la conoscenza di uno stato morboso reversibile — *l'ipoglicemia artificiale* —, caratterizzato da fenomeni vegetativo-neurotici, psichici e del sistema nervoso centrale. Tale stato, oltre che nel trattamento insulinico dei diabetici, si ha anche nella terapia insulinica degli epatici, nelle cure di ingrassamento e nella forte magrezza, in condizioni cioè in cui vi sono scarsi depositi di glicogeno o scarse quantità di zucchero sanguigno.

Dalla conoscenza dell'ipoglicemia artificiale, di cui i sintomi vanno da lievi sudori a stati di eccitabilità, a psicosi transitorie, fino alla profonda incoscienza con sindromi cerebro-spinali, si è venuti all'osservazione di stati consimili pur senza le citate condizioni patologiche, ma con una glicemia abnormemente bassa, per cui si è venuto creando il complesso sintomatico glico-privo, a cui si è dato il nome di ipoglicemia spontanea o di iperinsulinismo.

Tali nozioni sono di grande importanza scientifica e pratica portando alla conoscenza e, quindi, alla terapia efficace, di stati morbosi che passavano prima sotto altre diagnosi.

I fattori che possono dare l'ipoglicemia come complicazione sono i seguenti:

1) Malattie generali: sepsi focale.

2) Malattie organiche; atrofia muscolare progressiva, carcinoma epatico, carcinoma od adenoma dell'apparato insulare, disturbi epatici.

3) Malattie delle ghiandole endocrine, specialmente di quelle che regolano il ricambio del glucosio ed il suo ingresso nel sangue, ovvero di quelle che elaborano un ormone antagonistico all'insulina: ipotiroidismo, Basedow, allattamento, Addison, malattie delle paratiroidi e dell'ipofisi, stato timico-linfatico, ipofunzione del sistema adrenalinico, insufficienza plurighiandolare.

4) Disturbi del sistema nervoso centrale: malattie del cervello medio e del corpo striato (morbo di Parkinson), disturbi del ricambio dei carboidrati nell'ipotalamo.

5) Obesità, spesso di origine plurighiandolare e magrezza.

6) In rapporto con i pasti: sia 3-6 ore dopo questi, sia soprattutto dopo un più lungo intervallo, spesso al mattino, a digiuno o quando il pasto viene molto ritardato, oppure in individui che mangiano irregolarmente. Si può avere una ipoglicemia precoce ed una tardiva; durante quest'ultima, Fichera ed Aloisio hanno osservato valori bassissimi della glicemia con fenomeni che arrivavano fino alla perdita della coscienza. Dopo la prova di carico con lo zucchero, si ha la fase ipoglicemica, con fatti ipoglicemici.

7) Dopo le anastomosi gastro-intestinali e dopo infusioni di glucosio.

8) In conseguenza del tipo di alimentazione; così in Australia, in seguito all'abituale forte consumo di carne ed allo scarso moto, si ha relativamente spesso l'ipoglicemia.

9) Malattie allergiche.

10) Dopo irradiazioni röntgenologiche del pancreas.

11) Stati nervosi in bambini; spesso l'asma notturno, il *pavor nocturnus*, il vomito sono dovuti ad ipoglicemia e si possono curare con la somministrazione di zucchero. L'ipoglicemia spontanea si osserva anche in bambini di madri diabetiche.

12) Nello sport e negli sforzi fisici. Nei maratoneti, si sono osservati abbassamenti della glicemia fino a 50 mg. per cento. L'ipoglicemia sarebbe responsabile dei fenomeni di stanchezza e, del resto, è noto il grande uso di sostanze zuccherine che fanno gli sportivi, specialmente gli sciatori. Analogo effetto di abbassare la glicemia lo ha il lavoro fisico.

In tutti questi casi di ipoglicemia spontanea, si tratta probabilmente di aumento di produzione dell'insulina o di predominanza dell'apparato insulare, in rapporto con le ghiandole endocrine.

Ma, accanto a questi casi, ve ne sono altri in cui l'*ipoglicemia* è da considerarsi come *costituzionale*, in individui del tutto sani che vivono e lavorano normalmente ed hanno attacchi più o meno forti di ipoglicemia. La diagnosi di questi casi, che sembrano piuttosto rari, si presenta talora assai difficile e delicata. L'A. riporta il caso di un individuo trentenne, già minatore ed ora allievo infermiere, che presentava accessi di debolezza con sudore talora copiosissimo, tremore delle ginocchia, palpitazioni, pallore e grande senso di stanchezza, con forte sensazione di fame. Tali accessi venivano irregolarmente, qualche volta anche poco dopo i pasti ed anche senza aver compiuto sforzi fisici. Con l'assunzione di cibo, cessavano. Era stato visitato in precedenza più di dodici volte, senza che fosse fatta una diagnosi che il reperto di una glicemia di 0,051 % mise in chiaro. L'individuo non presentava nessun segno di malattia.

Con le prove di carico, l'individuo presentava forti valori di iperglicemia e di successiva ipoglicemia. Con la somministrazione di una dieta priva di idrati di carbonio non ebbe disturbi; glicemia a 0,076 %. Con la dieta ad alto contenuto di idrati di carbonio, ebbe un leggero accesso, che passò spontaneamente dopo 10 minuti. In seguito ad un salasso, fatto per una trasfusione, gli accessi non si ripresentarono più per 6 settimane. Nessun effetto ebbe un forte lavoro fisico, tranne una lieve oscillazione dei valori della glicemia.

Con ogni probabilità, il pancreas di tale individuo reagiva fortemente al sovraccarico di zucchero producendo ed eliminando una notevolte quantità di insulina, donde la forte ipoglicemia. Può darsi, però, che altri fattori agiscano, oltre l'iperinsulinismo, per determinare l'ipoglicemia spontanea. La cessazione degli accessi dopo il salasso nonostante l'individuo continuasse lo stesso tenore di vita e la stessa alimentazione, lo dimostra. Si tratta, evidentemente, di un processo complesso, influenzabile da svariati fattori, che vanno analizzati nel caso singolo, pur senza avere la certezza di arrivare sempre ad una conclusione.

La *sindrome dell'ipoglicemia spontanea* si presenta ad accessi molto più lievi che quella dell'ipoglicemia artificiale (da insulina). Oltre ai fenomeni osservati nel caso dell'A. (sudori, tremore delle ginocchia, pallore, palpitazioni, stanchezza, senso di fame) sono da menzionarsi quelli rilevati da altri AA.: salivazione, tremori muscolari, difficoltà di concentrazione dell'attenzione, jactatio, accessi isterici, vertigini, svenimenti, irrequietezza generale, insonnia, svogliatezza.

Tale sindrome non è sempre completa, rassomiglia a quella dell'astenia e la si può riscontrare anche senza questa in individui robusti.

È bene, pertanto, tener presente la possibilità della ipoglicemia spontanea costituzionale, per non incorrere in errori di diagnosi e per istituire una terapia razionale. In alcuni casi, gli individui che presentavano tale sindrome sono stati giudicati riluttanti al lavoro, o ritenuti affetti da tumori cerebrali, accessi isterici od epilettici, od inviati a neurologi o psichiatri ad anche sottoposti a psicoanalisi.

La diagnosi si fa quando si trovano valori della glicemia sotto il 0,70 %, senza bisogno di ricorrere alla ricerca della glicemia nel liquor. Per la diagnosi è importante anche una accurata anamnesi. Evidentemente, si andrà poi alla ricerca delle cause che possono sostenere tale stato e delle possibili complicazioni.

Il trattamento consiste essenzialmente nella somministrazione di idrati di carbonio, spe-

cialmente dolciumi; qualche volta questi non bastano per fare scomparire i sintomi; in tali casi, potrà essere utile la efetonina, oltre ad altre specialità che l'A. menziona. L'utilità del salasso, osservata nel caso dell'A., ha bisogno di conferma. Importante è anche una regolarizzazione dei pasti. Evidentemente, il trattamento della causa che può stare alla base dell'ipoglicemia sarà messo in opera.

fil.

La terapia moderna delle miopatie.

(A. RAVINA. *Presse Médicale*, 24 marzo 1934).

Da un paio d'anni si è avuto un progresso notevole nella cura delle miopatie, che fino ad ora non ne avevano una neppure scarsamente efficace.

Il primo trattamento efficace, ma non costantemente, è quello preconizzato da Ken Kuré e Shigeo Okimaka: iniezioni ripetute di adrenalina all'1 ‰ e di pilocarpina all'1 %.

Un'altra proposta utile è quella di von Thomas, Milhorat e Techner dell'uso di forti dosi di glicocolla.

La glicocolla (NH_2-CH_2-CO_2H) è il più semplice degli aminoacidi e il suo uso terapeutico è il risultato di pazienti ricerche di fisiopatologia. In tutte le miodistrofie esiste un disturbo del metabolismo muscolare e precisamente l'organismo ha perduto la capacità di utilizzare la creatina.

La creatina ha parte importante sul tono e sul nutrimento muscolare. I muscoli contengono infatti 98 % della creatina organica esistente nell'organismo umano.

Nel muscolo essa non esiste allo stato libero, ma in combinazione col fosforo sotto forma di acido fosfocreatinico o fosfogene. L'esercizio muscolare non ha che poca o nessuna influenza sul metabolismo della creatina, che è influenzato sopra tutto dall'accrescimento o dalla diminuzione del tono.

La creatina si elimina abitualmente per le urine sotto forma di sostanza di rifiuto, la creatinina. La creatinina si osserva solo nel bambino e, durante la gravidanza o dopo la mestruazione nelle donne.

La creatinina eliminata nelle 24 ore è di 1-2 gr. e non si modifica col digiuno o coll'alimentazione scarsa di creatina, che non influenzano nemmeno la creatina muscolare.

La creatina somministrata in dose elevata è eliminata solo parzialmente. Quindi una parte rimane nell'organismo e può essere utilizzata.

Oggi si tende a ritenere la creatina non una sostanza di rifiuto, ma il prodotto di una sintesi della glicocolla.

Il metabolismo della creatina è profondamente alterato nelle miopatie, che presentano creatinuria permanente aumentata da alimentazione ricca in creatina e il cui tasso quindi è suscettibile di essere modificato quotidianamente. Inoltre nelle miopatie c'è diminuzione dell'eliminazione della creatinina. Quindi il muscolo ha perduto la capacità di utilizzare la creatina e il disturbo è più profondo perchè interessa anche la sintesi della creatina dalla glicocolla.

Quindi il maggior bisogno di introdurre glicocolla nel miopatico.

Nei malati di von Thomas e Milhorat, che prendevano la glicocolla in dose di 15 gr. al giorno per gli adulti e 10 gr. nei bambini, si ebbero risultati soddisfacenti: scosse nei muscoli paralizzati, diminuzione del senso di fatica, si possono compiere alcuni movimenti, i muscoli atrofizzati si rinforzano e la pseudoipertrofia diminuisce.

Secondo questi AA. soltanto le miopatie primitive trovano giovamento con questa cura.

La cura deve essere precoce e questo spiega anche i migliori risultati ottenuti nei bambini. La dose media necessaria per ottenere un risultato è di gr. 2400.

Un medico tedesco ha pubblicato un'autoosservazione: dopo 25 anni di malattia egli cominciò una cura di adrenalina e pilocarpina, facendosi le iniezioni ogni 4 giorni. Due ore dopo ogni iniezione aveva aumento della forza muscolare, i movimenti più facili e un senso di benessere generale. Questo stato durava tre giorni. Ottenne benefici soltanto fino alla 70ª iniezione; però fece 110 iniezioni. Sospesa la cura ebbe immediatamente aggravamento progressivo che durò oltre un anno. Poi cominciò a prendere 15 gr. al giorno di glicocolla. Fin dal 4° giorno la fatica e la sonnolenza diminuirono e il miglioramento fu più netto per la facile mobilità quando prese 20 gr. al giorno di glicocolla.

Allora egli potè alzarsi e camminare. I risultati si mantennero buoni fino a un mese dalla sospensione della cura (complessivamente aveva preso 600 gr. di glicocolla) e successivamente ebbe bisogno di ricominciare la cura, sempre con ottimo risultato. Egli giunse anche a prendere 25 gr. al giorno di glicocolla, ma ritiene inutile superare la dose di 20 gr.

Faure-Beaulieu e Wahl ebbero risultati meno netti in un miopatico di 77 anni, nel quale però la glicocolla modificò il ricambio della creatina e creatinina.

Reinhold ha praticato nei suoi malati 21 biopsie. Egli trovò costantemente i segni sicuri della miopatia: sostituzione del tessuto muscolare normale con tessuto grassoso e fibroso areolare, atrofia e ineguaglianza delle fibre muscolari con vacuolizzazioni, proliferazione dei nuclei del sarcolemma, vegetazione del sarcoplasma.

In 6 su 8 malati si ebbe un miglioramento istologico dei muscoli, mentre uno non si modificò e un altro peggiorò. Le biopsie mostravano, dopo cura colla glicocolla, una maggiore uguaglianza nel calibro delle fibre musco-

lari, una diminuzione del numero dei nuclei e una colorazione migliore con diminuzione del grasso; la mioemoglobina era più abbondante.

Secondo Reinhold un'alimentazione ricca di proteine, con uova e gelatina, rinforza l'azione della glicocolla. In un caso fu utile anche l'associazione dell'efedrina.

J. Diaz, V. Bergamin e J. Campes hanno usato con successo in un caso la glicocolla nella miastenia. Boothby, della Clinica Mayo, l'ha usata in 12 casi di miastenia. Dieci migliorarono definitivamente, quattro migliorarono sensibilmente, due ebbero solo un arresto della malattia.

Il Boothby ha trovato creatinuria nei suoi casi di miastenia.

Hauriet Edgeworth consiglia di associare alla glicocolla l'efedrina (gr. 0,05 al giorno).

M. Roch, M. J. Demole e P. Duchoral ottennero risultati buoni, ma non costanti, curando la miastenia con ormone corticosurrenale.

Una difficoltà della cura è data dal prezzo elevato della glicocolla. Ma i risultati fin ora segnalati sono tali da incoraggiare il suo uso nelle miopatie. R. LUSENA.

DIVAGAZIONI

I due volti del viso umano.

È un fatto di osservazione comune una certa asimmetria e disarmonia delle due metà del viso umano. Nell'attuale tendenza agli studi fisionomici, spettava ad un fine psicologo, P. Abraham (1) di cogliere l'intima essenza ed il profondo significato di questa dissimiglianza, riconoscendola e ritrovandola nella generalità dei visi umani.

Le stesse arti figurative quando dallo stadio di infantilismo e di idealizzazione della figura umana, hanno progredito nella tecnica e sono passate a raffigurare il singolo individuo invece dell'uomo astratto, sono altresì passate dalla simmetria all'asimmetria. Le maschere dei primitivi sono rigorosamente simmetriche come lo sono le figure che i bambini fanno del viso umano. Gli dei, gli eroi degli scultori greci ed anche le statue dello stesso Fidia hanno un viso perfettamente simmetrico e per questo atono e freddo; bisogna arrivare alla Venere di Milo per sorprendere, nella leggera asimmetria, un fremito di vita. Lo stesso fenomeno si ripete nella pittura italiana, passando dalle figure idealizzate, simmetriche e fredde dei primitivi a Masaccio, Donatello ed a tutti gli altri, che rappresentano figure che balzano vive nella loro asimmetria. Diversità di tecniche e forse anche di concetto; i primi rappresentano l'uomo astratto nelle beatitudini della vita celeste, gli altri, più aderenti alla vita, portano, anche nella raffigurazione dei santi, l'impeto della passione umana.

Per cogliere bene la diversità delle due parti del viso umano, l'Abraham consiglia di tagliare nel mezzo, per il lungo, un ritratto e di considerarne a parte le due metà. La cosa non è sempre agevole, soprattutto perchè i ritratti — a parte i ritocchi fotografici che falsano spesso l'espressione — sono quasi sempre presi di tre quarti, con una parte più in ombra.

Ad ogni modo, l'esame che in tal modo fa l'Abraham dei ritratti di alcuni poeti (Baudelaire, Valéry) e di un fisico mostra le diversità realmente impressionanti, riscontrando nella metà sinistra le manifestazioni esterne e nella destra quelle interne. A sinistra, noi troviamo i contatti fra l'individuo ed il mondo che lo circonda, mentre a destra vi sono le tracce della sua personalità interna, del suo monologo eterno: a sinistra, la personalità di contatto, l'uomo sociale, a destra, la personalità profonda, l'uomo interiore.

Un'evidenza maggiore si può ottenere quando si hanno a disposizione dei ritratti presi di faccia, stampati a diritto ed a rovescio (la cosa si fa bene con le pellicole) tagliandoli poi a metà per il lungo e ricostruendo due volti, con metà destre e con quelle sinistre. In tal caso, i risultati sono ancor più impressionanti, anche perchè si elimina lo sforzo di completare mentalmente l'altra metà della figura. Si ottengono due fisonomie con espressioni del tutto diverse, quasi che appartenessero a due individui differenti.

Abraham riporta ritratti così ricomposti di selvaggi, di delinquenti, di scienziati, di artisti di teatro, di musicisti, ecc. Per tutti, lo studio della fisonomia ricomposta, sorretto dalla analisi psicologica dell'individuo porta alla stessa conclusione dell'uomo sociale di sinistra e di quello interiore di destra. Tavolta, come nello studio di certi delinquenti — in cui la fotografia antropometrica ci mette nelle migliori condizioni — si arriva a considerazione di una profonda pietà umana, come nel caso di un delinquente recidivo con 20 condanne. Vediamo così i due volti: l'uomo « interiore » di destra ci appare violento, con lo sguardo energico sotto le sopracciglia rettilinee, col mascellare quadrato, mentre l'uomo « sociale » di sinistra ci presenta il disgraziato, l'infelice, con l'aspetto pietoso dell'inadatto sociale.

Ed ecco, per passare a più sereni orizzonti, i due volti di Cl. Bernard, ad un tempo fisiologo e filosofo: l'uomo di sinistra, dallo spirito acuto, ardente nell'osservazione e nell'azione; quello di destra che indica il pensatore profondo. E nel musicista Honegger, dalla fisionomia che ricorda Beethoven, vediamo che la rassomiglianza è limitata alla metà destra, in cui si riconosce subito Honegger, mentre guardando l'altra si rimane indecisi.

(1) *Nouvelle Revue française*, marzo-aprile 1934.

Le cause di questa assimetria vanno ricercate nelle condizioni anatomiche (disposizione dello scheletro, punti d'inserzione dei muscoli), nelle differenze di nutrizione e di mobilità dei muscoli, ecc., che alla lunga sono incise nel viso dalla mimica (volontaria o non cosciente o subcosciente) che è quella che, in fin dei conti dà l'espressione del viso. Rimane però a sapere per quale causa la nozione dell'uomo sociale si imprime a sinistra, mentre quella dell'uomo interiore a destra. Questo può probabilmente essere ricercato in differenze di applicazione, di funzionamento e di adattamento dei due emisferi cerebrali. E non è forse senza significato il fatto, segnalato dai fisiologi, che asportando l'emisfero sinistro, gli animali soccombono, mentre ciò non avviene sempre con l'asportazione del destro. Si possono sopprimere i movimenti dell'uomo sociale (di sinistra, comandati per l'incrociamento delle fibre dall'emisfero destro) ma non si può toccare l'organo della mimica interiore, senza uccidere l'individuo.

Al contrario di quello maschile, sul viso femminile, per cause di ordine non soltanto fisiologico, ma anche psicologico, è ben difficile cogliere rilievi ed incisioni caratteristiche a meno che non si tratti di donne dalla personalità molto spiccata, come dimostrano gli esempi riportati da Abraham della Sand e della Landowska. Peggio ancora poi se il *maquillage* riduce il viso ad una perfetta simmetria, che dà l'impressione di una maschera immota. L'Abraham non accenna ai bambini nei quali la vita non ha ancora stampate le proprie orme nella fisonomia. ad ogni modo sarebbe interessante il vedere l'esistenza o meno di asimmetrie che potrebbero essere congenite.

Alla figura perfettamente simmetrica — e tali sono anche le ricomposizioni, destre o sinistre — manca il senso dell'umano. La vita risiede nella dissimmetria, nella fusione delle due personalità; e forse anche la semplice suddivisione delle due vite, quella di relazione e quella interiore, è troppo schematica. L'essere nostro è un complesso poliedro, in cui palpitano varie vite, che finiscono con l'unirsi in una personalità omogenea, in cui i parallelogrammi delle forze operanti riescono a dare una retta linea di condotta. E questo, se ci tiene lontani dall'eccessivo entusiasmo di trovare tutto perfetto in dati individui (giustamente Abraham osserva che il « santo integrale » non esiste) ci porta ad una comprensione elevata dell'anima umana, a saper cogliere ed apprezzare anche nei peggiori il lato buono, nei più meschini quello elevato, nei più freddi quello sensibile, per cui tutti possono vibrare in date occasioni della più calda simpatia umana.

A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. RONDONI. *Elementi di biochimica con applicazioni alla patologia ed alla diagnostica.* Vol. in-8°, di pagg. 1000, 3ª ed. Un. Tip. Ed. Torinese. Torino, 1933. L. 80.

Il favore che quest'opera dell'illustre patologo milanese ha incontrato non solo in Italia ma anche all'Estero, trova riscontro nel continuo succedersi delle sue edizioni, a brevissima distanza l'una dall'altra. Questa che ora presenta l'U. T. E. T. è infatti la terza, notevolmente migliorata, perchè di formato più grande e più signorilmente perfetta.

A tutti gli studiosi sono ben noti i pregi di quest'opera, sì che ogni ulteriore parola si rende superflua: va tuttavia segnalato il modo con cui l'A. è riuscito a rendere piacevole e attraente la trattazione e l'interpretazione di quasi tutti i fenomeni biochimici. La Biochimica del Rondoni, infatti, anzichè un'arida esposizione di fatti, è una trattazione scientifica di quel tanto della biochimica che interessa la fisiologia e la patologia, con le utili applicazioni cliniche che ne possono derivare.

Con abilissima rimaneggiatura dei singoli capitoli, ma conservando sempre l'eccellente disegno originale dell'opera, l'A. naturalmente ha apportate in questa edizione tutte le nozioni recenti acquisite in alcuni campi (fermenti, vitamine), molti nuovi metodi d'indagine, infine ogni argomento è aggiornato alla bibliografia più recente.

Anche a questa terza edizione, non potrà mancare perciò il successo che merita.

A. P.

N. FIESSINGER. *Physio-pathologie des Syndromes endocriniens.* Ed. Masson. Paris, 1933.

L'A. ha raccolto in volume le sue lezioni dell'anno 1932-33; e la trattazione serba il tono semplice e chiaro dell'esposizione didattica.

Dopo brevi cenni di orientamento generale, il Fiessinger si occupa in successivi capitoli delle varie glandole endocrine, senza fare di esse un'esposizione molto diffusa (e forse si potrebbe anche dire talvolta non completamente aggiornata); ma attenendosi ad una esposizione più d'insieme che di dettaglio.

Onde, se si legge volentieri e senza fatica, non dà sempre l'impressione che l'argomento sia esaurito del tutto.

Particolare interesse hanno i capitoli dedicati al fegato, alla milza, ai reni e alla cellula mesenchimale, inclusi nel quadro della endocrinologia perchè capaci di esercitare una o più funzioni interne; la classificazione delle disfunzioni epatiche in forme di ipo- e di ipe-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

repatia non soddisfa del tutto, specie per quanto riguarda il secondo gruppo in cui, secondo l'A., dovrebbero rientrare certe forme di diabete bronzino, di epatiti ipertrofiche croniche da eccesso di alimentazione, di itteri emolitici, ecc.

Si cerca invano un accenno all'influenza del fegato sul meccanismo della ematopoiesi.

Molto interessante — per la sua originalità — è invece la trattazione delle funzioni interne riconoscibili alla cellula mesenchimale, sia fissa (cellula del connettivo endoteliale, reticolare) che mobile (cellula del sangue): la prima avrebbe capacità di fissare date sostanze (grassi, lipoidi, ecc.), pigmenti, speciali colori, frammenti cellulari, ecc., epurandone l'organismo, di distruggere e lisare i corpi estranei, e forse anche di contribuire all'accrescimento; certe sindromi morbose, come quelle di Niemann e Pick, di Gaucher, di Schüller-Christian sono legate all'anomalia attiva delle cellule del mesenchima.

Delle attività diastasiche e fagocitarie proprie dei leucociti non occorre parlare; va soltanto ricordato che questi ultimi sembrano esercitare sulle cellule mesenchimali fisse uno stimolo di accrescimento, onde meritano il nome dato loro da Carrel ed Ebeling di « trefoni leucocitarii ».

Seguono un capitolo sulle sindromi glandolari, che l'A. ammette; altri sull'obesità e la magrezza, sul gigantismo e il nanismo (con fotografie); e chiude il libro il pericoloso capitolo delle piccole insufficienze endocrine.

V. SERRA.

RICHARD SCHATZKI. *Reliefstudien an der normalen und krankaft Veränderten Speiseroehre.* Vol. di 143 pagg., con 159 figure. Supplemento agli *Acta radiologica*. Stoccolma. Prezzo: 20 corone svedesi.

La breve monografia dell'A. raccoglie — accanto ad osservazioni personali — quanto è stato scritto sul rilievo esofageo.

Lo studio delle pliche della mucosa è uno studio delicato che permette di colpire le alterazioni più precoci del canale esofageo rispetto al vecchio metodo del pasto opaco denso somministrato in abbondanza e che ci permette solo di rilevare un calco del canale.

Lo studio delle pliche normali esofagee, la possibilità delle loro variazioni sotto i vari medicamenti costituisce la prima parte dello studio: la II parte è dedicata ai diverticoli ma specialmente alle varici esofagee che in questi ultimi tempi hanno preso sempre più maggiore importanza.

Numerose figure nitide distribuite in più tavole. La monografia è raccomandabile come studio di insieme e per la letteratura raccolta.

E. MILANI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accad. delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli

Seduta del 24 febbraio 1934.

Presidente: Sen. Prof. G. PASCALE.

Milza e ricambio degli idrati di carbonio e dell'acido ossalico (II Nota).

G. PENNETTI. — L'O. accenna alle numerose ricerche espletate per stabilire gli eventuali rapporti fra splenectomia e ricambio degli idrati di carbonio, dalle quali risulta che l'argomento è ancora poco chiarito, giacchè, mentre secondo alcuni Autori l'asportazione della milza aumenta, secondo altri diminuisce, invece, la tolleranza verso gli idrati di carbonio, fino a dare addirittura iperglicemia notevole e duratura.

L'O. ha affrontato il problema dal punto di vista sperimentale, studiando — dopo la splenectomia — oltre al ricambio dei glucidi, anche quello dell'acido ossalico, in ricerche del tutto originali.

Egli, in otto esperimenti eseguiti su cani, ha avuto discreta ma passeggera iperglicemia, accompagnantesi, in linea di massima, ad iperossaluria anch'essa modica e di breve durata.

Poichè è noto che la splenectomia induce un ipertiroidismo e poichè dall'O. è stato dimostrato che l'ipertiroidismo sperimentale determina, oltre all'iperglicemia, anche iperossaluria, non è improbabile che a tale meccanismo possano riferirsi le modificazioni osservate a carico sia dei glucidi sia dell'acido ossalico.

Sul trapianto neoplastico eterologo.

F. P. TINOZZI. — L'O. ha tentato di migliorare le sorti dei trapianti eteroplastici di tumori maligni da ratti a topi e viceversa, aggiungendo alla poltiglia tumorale sangue omologo per l'animale ricettore ed eterologo per il tumore o viceversa eterologo per il ricettore ed emologo per il tumore da trapiantare.

I carcinomi dettero sempre risultati negativi, i sarcomi invece dettero alcuni risultati positivi, Migliori risultati si ebbero dall'aggiunta di sangue omologo per il tumore: il sarcoma di Jensen dette, ma solo di rado, nel topo, formazione di un sarcoma; il sarcoma 37 S del topo dette nel ratto, e con alta percentuale, la formazione di un sarcoma che si lasciò trapiantare ulteriormente nel ratto per molte generazioni e, più limitatamente, nel topo: i tumori ottenuti si allontanarono alquanto, per costituzione istologica, dall'originale, ma, reimpianti nel topo, ripresero i loro caratteri soliti. Di questi tumori, fu studiato il metabolismo da altri ricercatori, che dimostrarono come il ricambio degli idrati di carbonio nelle loro cellule è assai simile a quello del sarcoma del ratto, e differisce alquanto da quello dell'originale sarcoma del topo. Tentativi di trapiantare tumori di ratto e di topo con aggiunta di sangue nel coniglio e nella cavia hanno dato costantemente risultati negativi. Trapianti eteroplastici di tumori maligni umani nei ratti, condotti con la stessa tecnica, hanno dato risultato costantemente negativo con i carcinomi, ma una sola volta in due ratti si è avuto da un mixosarcoma umano un tipico

mixosarcoma, con tendenza però alla regressione, e di cui l'ulteriore trapianto ha attecchito una volta in modo transitorio.

Secondo l'O. il sangue, aggiunto alla poltiglia, ha azione prevalentemente locale: esso determina una condizione favorevole per l'attecchimento e la riproduzione degli elementi neoplastici nel sito dell'iniezione. La parte attiva del sangue è la corpuscolata. Il fatto che il tumore, ottenuto nel ratto, reimpiantato sul topo riprende l'aspetto originale, fa pensare che si tratti non di un nuovo tumore ma di un trapianto tumorale effettivamente riuscito.

I risultati negativi ottenuti nel coniglio e nelle cavie e con la massima parte dei tumori umani sono dovuti probabilmente alla maggiore « differenza biochimica » esistente fra questi animali da una parte ed il ratto ed il topo dall'altra, mentre fra questi ultimi animali l'affinità biologica è maggiore: si rientra così nella questione dei trapianti di tessuto eterologo in genere.

Seduta del 24 marzo 1934.

Presidente: Sen. Prof. G. PASCALE.

La fragilità congenita delle ossa studiata all'esame radiologico.

A. D'ISTRIA. — L'O. presenta la iconografia radiografica di quattro casi di fragilità congenita delle ossa, da ascriversi uno alla forma descritta da Albers-Schönberg col nome di malattia delle ossa di marmo e tre al gruppo delle osteopsatirosi e precisamente uno alla forma tardiva di Lobstein e due alla forma precoce di Frölich.

Fa rilevare come col metodo radiologico si metta in evidenza, in questi casi, un manifesto antagonismo dei risultati che si hanno allo studio dei due gruppi; antagonismo che riguarda la opacità radiologica e la distribuzione relativa della corticale e della midollare ossea nei diversi pezzi scheletrici e che suggerisce che i due tipi di affezioni ossee generalizzate possano essere la espressione di un disturbo inverso di uno stesso sistema organico, che ragioni di ordine sperimentale ed alcune autopsie recenti suggerirebbero possa essere il sistema paratiroideo.

Ricerche sulla struttura e la costituzione del cristallino, eseguite con il microscopico a fluorescenza.

A. ARGENTINO. — L'O. ha eseguito delle ricerche, col metodo su indicato, sul cristallino sano e catarattoso. Ha osservato il comportamento della lente a fresco e dopo fissazione in formalina e sezione microtomica. Ha indagato a che cosa possa essere attribuita la fluorescenza che il cristallino normale emette alla luce di Wood, se ai componenti organici od a quelli inorganici, e inoltre quale sia la causa della maggiore fluorescenza del cristallino catarattoso.

Non crede di poter attribuire la fluorescenza del cristallino normale esclusivamente ai suoi componenti inorganici, tenuto conto che siffatto fenomeno è dato da tagli dell'organo fissati in soluzione acquosa di formalina, nella quale alcuni sali inorganici si sciolgono, e pensa che esso debba piuttosto essere attribuito all'una od all'altra specie dei componenti.

L'O. pensa poi che la maggiore fluorescenza del cristallino catarattoso sia dovuta in parte alla maggior quantità dei suoi componenti inorganici (dato che alla microincinerazione le ceneri del cristallino catarattoso risultano più abbondanti).

Per ora l'O. non può però considerare definitiva questa affermazione, poichè le alterazioni istologiche, cui la lente va incontro nelle diverse forme di cataratta, sono molteplici; e ritiene che gli elementi per un giudizio più sicuro potranno essere dati dall'esame comparativo dei tagli microtomici di cristallini affetti dalle diverse forme di cataratta, sia con i comuni metodi di ricerca istologica, sia con l'impiego della luce di Wood.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 marzo 1934.

Presidenza: Prof. G. B. FIOCCO, presidente.

Considerazioni sui corpi di Auer delle leucemie acute.

Dott. G. DALLA TORRE. — L'O. ha osservato il III caso in un quinquennio di leucemia acuta con corpi di Auer inclusi negli elementi mieloidi immaturi nel sangue periferico; per ciò che riguarda la costituzione e la natura, l'O. ritiene non potersi identificare i corpi di A. con la sostanza azzurrofila, ma tende piuttosto a riavvicinarli alla emoglobina di cui hanno in comune molte delle reazioni microchimiche (reaz. alla benzidina, reaz. di Unna per i pigmenti ematici) e molte delle proprietà coloranti. Potrebbero rappresentare emoglobina o un suo derivato libero nei succhi intercellulari per distruzione di globuli rossi e di là assunto nel protoplasma degli elementi mieloidi immaturi dove formerebbe i corpi di A. con i vari aspetti descritti.

Valore diagnostico delle tricofitine.

Dott. E. MARZOLLO. — L'O., esaminati i problemi più importanti sull'immunità e sull'allergia nelle infezioni micotiche, riferisce i risultati ottenuti in più di cento ammalati di micropsoriasi con l'intradermoreazione alla microtricofitina ottenuta da culture di un anno su brodo di microsporon lanosum filtrate per candela Berkefeld. L'intradermoreazione riuscì positiva nel 100 % dei casi di micropsoriasi superficiale e profonda, mentre fu negativa nelle altre affezioni micotiche e nei controlli. L'intradermoreazione con la tricofitina Höchst diede una positività del 24 %, mentre i controlli con soluzione fisiologica riuscirono negativi.

L'embriologia e i genitali muliebri nei quaderni anatomici di Leonardo.

Dott. M. MOZZETTI-MONTERUMICI. — L'O. ha rivisto i disegni embriologici e gli scritti ad essi attinenti di Leonardo, dimostrando che oltre alla priorità di lui per quanto concerne l'atteggiamento fetale nell'alvo materno, l'intuizione dei rapporti vasali tra elementi ovulari e materni, la circolazione feto-placentare, spetta verosimilmente ancora a Leonardo la descrizione del dotto venoso detto poi di Aranzio, l'intuizione dell'ufficio protettivo del liquido amniotico, lo studio dell'embriogenesi del fegato e della milza, dell'ac-

crescimento del feto nell'utero, del sinergismo utero-mammario e la prima figurazione di placenta previa centrale. Malgrado gli inevitabili errori il nome di Leonardo acquista da questi disegni e da questi scritti una nuova luce e il diritto di essere annoverato tra i precursori delle discipline ostetrico-ginecologiche.

La reazione di Takata-Ara negli ammalati di interesse chirurgico.

Dott. S. GABRIELLI. — L'O. ha studiato la reazione di T.-A. in un centinaio di soggetti affetti da lesioni di indole chirurgica. La reazione fu sempre positiva nella cirrosi epatica e quando esistevano a carico della cellula epatica alterazioni degenerative che furono controllate anche istologicamente. Dopo aver stabilito che la reazione di T.-A. può essere utilmente applicata allo studio della resistenza operatoria, l'O. espone i risultati ottenuti nelle diverse fasi del periodo post-operatorio; illustra quindi ricerche ancora in corso sul comportamento della reazione di fronte ai componenti biliari e riferisce come la reazione si compia egualmente sostituendo la fucsina con una soluzione di bleu di metilene.

Sul comportamento della riserva alcalina e del pH orinario dopo assunzione di alcali in soggetti sani ed in nefropazienti.

Dottori C. CICERI e G. ARRIGONI. — La R. A. ed il pH orinario furono studiati a digiuno dopo somministrazione di gr. 0,10 di bicarbonato per kg. di peso. Fu esaminato un gruppo di individui normali e un secondo di 30 individui affetti da lesioni chirurgiche varie dell'apparato orinario; in questi soggetti quanto più gravi erano le lesioni renali tanto maggiori erano le alterazioni che le curve della R. A. e del pH dimostravano rispetto all'individuo normale; le alterazioni consistevano in una più lenta ascesa della curva della R. A. in confronto ai sani, in una più lenta discesa ed in una minore differenza massima tra il punto di inizio della curva ed il suo acme; i valori del pH si mantengono quasi costanti ed il tracciato è orizzontale conservando una certa rigidità.

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta ordinaria del 2 marzo 1934-XII.

Presiede il Prof. G. BERTACCINI, presidente.

Contributo allo studio della cosidetta Blastomicosi brasiliana.

Prof. G. BERTACCINI. — L'O. ha avuto occasione di studiare a lungo un caso di blastomicosi brasiliana; si tratta di un emigrante rimpatriato, ammalato in Brasile (S. Paulo) di una forma ulcerosa delle mucose e cutanea, simile se non identica a quella descritta col nome di *paracoccidioidosi*. Sul malato sono state fatte numerose ricerche cliniche e sperimentali ed è stato isolato un micete che possiede alcuni, se non tutti i requisiti per essere considerato l'agente patogeno; questo è stato studiato dal punto di vista micologico dal Redaelli, che lo ha definito una specie non descritta di Scopulariopsis (Scopulariopsis Bertaccini-Redaelli). Data la singolarità del reperto di una forma così grave determinata da una scopolariopsis, e data la provenienza del malato dal Brasile, ove sono numerose forme simili, provocate da miceti molto differenti, il reperto attende conferma.

Delle numerosissime ricerche sperimentali, micologiche, dei dati anatomici interessanti, ecc. è data ampia notizia nel lavoro completo che esce sul « Giornale Italiano di Dermatologia », 1924, fasc. 2°.

Dott. MARIO MASCARETTI. — *Contributo critico-sperimentale alla migliore conoscenza delle condizioni che determinano la migrazione indiretta dell'uovo.*

Sul contenuto in glutatione del liquido amniotico.

Dott. TOMMASO GUERCIA. — L'O. seguendo il metodo di Tunniclife per il sangue, ha proceduto per primo alla ricerca ed al dosaggio del Glutatione nel liquido amniotico, rilevando che esso vi è sempre contenuto ed in proporzioni oscillanti tra mmgr. 9,2 e mmgr. 17,19 per 100 cc. di liquido.

Prof. R. BENIGNI. — *Considerazioni sul significato fisiologico della presenza del calcio jone nell'organismo.*

Proff. AIAZZI-MANCINI e SONNENBERG. — *Ricerche farmacologiche sulla muscolatura liscia: azione della octina.*

L'avvelenamento transcutaneo da nicotina.

Proff. M. AIAZZI-MANCINI e P. MANGANARO. — Gli OO. hanno illustrato con esperienze in cani e conigli la grave pericolosità di avvelenamento che offre la nicotina applicata sulla cute.

Come la nicotina si comportano gli estratti di tabacco e queste ricerche hanno appunto tratto la loro origine da alcuni casi di avvelenamento verificatisi in agricoltori che nell'uso di tali estratti a scopo insetticida si sono bagnati con soluzioni concentrate usate per la irrorazione delle piante.

Ricerche farmacologiche sul canfosolfonato di calcio. Considerazioni critiche sulla terapia calcica.

L. DONATELLI. — L'O. trova che tra il canfosolfonato di calcio per le sue caratteristiche chimiche e chimico-fisiche, potrebbe trovare utili applicazioni in terapia e ne intraprende uno studio farmacologico specialmente allo scopo di vedere se è possibile mettere in evidenza anche un'azione canforica in relazione al radicale acido da cui deriva.

Tale azione, secondo l'O. sarebbe infatti conservata dal sale come è dimostrato dalle esperienze eseguite sull'apparecchio cardiovascolare e respiratorio.

L'O. esprime quindi l'opinione che le soluzioni di sali di calcio attualmente usate per via endovenosa, troppo si allontanino dalla composizione del sangue e propone pertanto l'uso di soluzioni ipercalciche preparate partendo da soluzioni fisiologiche isojoniche ed isotoniche, in cui si sia aumentato il contenuto del calcio e proporzionalmente diminuito quello del sodio.

Il Segretario: Prof. G. MAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Occlusione intestinale da ascaridi.

G. Montemartini (*Gazzetta Internazionale di Medicina e Chirurgia*, 15 marzo 1934) riferisce un interessante caso nel quale dovette intervenire di urgenza.

Si trattava di un bimbo di quattro anni sofferente da circa un mese di dolori diffusi a tutto l'addome, senza febbre, nè vomito. Improvvisamente di notte, essendosi i dolori fatti straordinariamente forti ed insorto vomito e coprostasi, il piccolo fu in gravi condizioni portato in ospedale, ove fu diagnosticata occlusione acuta e fu sottoposto il p. a laparotomia. All'apertura del peritoneo affiorò una ansa del tenue di grosse dimensioni e di consistenza dura che venne estrinsecato e mostrò contenere per un tratto lungo cm. ottanta, dei grovigli di vermi, irregolarmente ammassati e determinanti l'occlusione del lume intestinale. Nel punto più dilatato l'A. praticò una enterotomia ed estrasse così 91 ascaridi impastati con feci, lenticchie intere e fibre vegetali. Suturò poi l'intestino e chiuse le pareti per primam.

Il p. guarì rapidamente dell'intervento subito e fu sottoposto a cura antielmintica.

Nel caso in studio, l'accumulo degli ascaridi, già numerosi nel lume intestinale, fu causato da una abbondante ingestione di lenticchie che li hanno convogliati.

Altre volte la causa occasionale va ricercata nella somministrazione di vermifughi a piccole dosi che eccitano i vermi e li aggomitolano in tenaci grovigli, oppure in febbri alte, fatiche protratte, esistenza di diverticoli o stenosi cicatriziali.

Dal punto di vista etiologico oltre al fattore meccanico, va in questi casi invocata una azione funzionale prodotta dalle sostanze del ricambio degli ascaridi sulle pareti intestinali che consiste in diminuzione del tono della muscolatura intestinale e paralisi dell'intestino ovvero in aumento del tono stesso.

Clinicamente occorre distinguere le occlusioni intestinali da ascaridi in forme subacute ricorrenti e forme acute e ciò sopratutto nei riguardi della terapia che sarà generalmente medica nel primo caso e chirurgica nel secondo. La cura chirurgica è di varia natura e può consistere nello scioglimento del nodo verminoso, ottenuto schiacciando i parassiti uno per volta e respingendoli in basso entro l'ansa intestinale oppure nella enterotomia, estrazione dei vermi ed enterorrafia o enterostomia oppure infine nella resezione intestinale. In genere il decorso operatorio è buono se l'intervento fu eseguito precocemente. All'operazione seguirà sempre, ma a una certa distanza, una adatta cura antielmintica.

VICENTINI.

Su di un caso di ernia femorale consecutiva ad operazione di ernia inguinale col metodo Bassini.

Nella esecuzione del metodo Bassini per la cura della ernia inguinale, se nella ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale, l'arcata inguinale viene stirata troppo in alto, l'anello femorale si allarga determinando una condizione anatomica che può favorire l'insorgere di un'ernia femorale.

A questa complicazione accennarono Graser e Berger molti anni or sono; lo studiò esaurientemente Vallone sulla scorta di sei casi clinici da lui osservati.

All'argomento A. Girotto (*La Riforma Medica*, 17 marzo 1934) reca un nuovo contributo. Egli, in base ad una nuova osservazione, conferma le esperienze sul cadavere e le osservazioni cliniche precedenti. Insiste sul meccanismo di questa complicazione dovuta alla non osservanza di alcuni precetti di tecnica sui quali ha molto insistito lo stesso Bassini. Questi infatti per eseguire la sutura del triplice strato (piccolo obliquo, trasverso e fascia trasversalis) al margine posteriore della arcata inguinale, consiglia di comprendere nei punti non più di cm. 2-3 del triplice strato stesso, per evitare una soverchia trazione sull'arcata del Falloppia.

Le ernie femorali in quistione compaiono in genere in individui a muscolatura ben sviluppata che favorisce la trazione in alto del legamento inguinale. Questo fatto è una delle cause della rarità delle complicazioni, perchè in genere le ernie inguinali si formano in individui con muscolatura addominale debole.

VICENTINI.

Tre casi di tumori benigni dello stomaco.

P. Moura, D. Brito, X. Lopez (*Journ. de Chirurg.*, n. 3, 1934) riportano 3 casi di tumori benigni dello stomaco, interessanti data la rarità di questa affezione. Su una serie infatti di 2168 neoplasie gastriche osservate nella Mayo Clinic dal 1907 al 1921, si trovarono soltanto 27 tumori benigni. Bisogna però dire come la maggior parte di essi sfuggono ad una diagnosi clinica, mancando di una sintomatologia tipica e spesso non causando che rari e scarsi disturbi quando hanno sede lontana dagli orifici esofageo e pilorico. L'esame radiologico può delucidare la diagnosi rivelando in quelli a sviluppo endogeno, una immagine lacunare che non può essere confusa con l'immagine lacunare del cancro.

Riportano poi la classificazione più accettata di queste affezioni e che è la seguente:

1) *Tumori d'origine nervosa* (schwannomi) originati dalla guaina di Schwann del simpatico intraparietale.

2) *Fibromi* rari, che possono avere svi-

luppo esogeno, endogeno e misto, il cui aspetto è bianco lucente simile alla cartilagine, in corrispondenza dei quali la mucosa può ulcerarsi causando così emorragie, e che risiedono più di frequente sulla parete posteriore dello stomaco.

3) *Lipomi* rarissimi, bene incapsulati.

4) *Miomi* più frequenti, di volume vario di un pisello ad una testa d'adulto, sessili o peduncolati, a sviluppo esogeno od endogeno, rivestiti da mucosa integra od ulcerata.

5) *Fibriomiomi* pure frequenti.

6) *Adenomi* unici o multipli, sempre peduncolati e quindi con l'aspetto di polipi, impiantati in genere sull'antro pilorico.

7) *Angiomi*, risiedono nella sottomucosa e causano profuse emorragie; in 3 casi della Clinica Mayo due furono trattati con l'exeresi previa gastrotomia ed uno richiese la resezione segmentaria dello stomaco. In un ammalato di Hartmann operato d'urgenza per ematemesi e melena imponenti, furono trovati piccoli angiomi sui rami terminali dell'a. pilorica e coronaria stomacica la cui legatura portò a guarigione l'infermo.

8) *Cisti semplici, parassitarie o dermoidi* del tutto eccezionali, figurandone nella letteratura appena 4 casi.

Nei 3 casi osservati ed operati dagli AA. si trattava 1 volta di un polipo e 2 volte di leiomiomi. Il polipo causava disturbi digestivi postprandiali da 3 anni e pure vomito e risiedeva sulla parete anteriore gastrica, a 3 cm. dal piloro; i miomi causarono per più anni senso di peso all'epigastrio, dolori e vomiti. In tutti e 3 i casi l'indagine radiologica permise la diagnosi preoperatoria di tumore gastrico benigno. Nel caso del polipo l'intervento fu conservativo (gastrotomia ed exeresi del tumore) mentre per i miomi bisognò una gastrectomia segmentaria medio-gastrica.

R. GRASSO.

Perforazione intestinale da mycosis fungoides.

Sebbene la *mycosis fungoides* sia una affezione della pelle, sappiamo già dalle vecchie osservazioni di Leredde, Weil e Paltauf che questa malattia può presentarsi talora come affezione generalizzata. Così sono stati descritti infiltrati nei più svariati organi e anche nel tratto intestinale (Paltauf-Zumbusch).

La rarità di tali forme ha invitato i chirurgi viennesi Ebner e Salzev (*Dtsch. z. Chir.*, vol. 239, pag. 765, 1933) a comunicare il caso di un uomo 52enne presentante da vari anni disturbi gastrici continui a tipo ulcerativo, con numerosi incidenti emorragici (melena specifica). Da 3 mesi affezione cervicale cutanea diagnosticata come mycosis fungoides. Improvvisamente: sindrome perforativa. All'atto operativo: grossissima perforazione all'angolo digiuno-duodenale, una piccola buca più prossimalmente. Resezione impossibile a causa della grossezza dell'ulcerazione e della sua situazione. Escissura dell'ulcera, G. E. anteriore, anastomosi alla Braun circa 40 cm. sotto la flessura. Drenaggio. Dopo alcune ore, obitus.

Alla autopsia si dimostra una gran quantità di ulcerazioni del duodeno e del digiuno e si riconferma la presenza di due ulcerazioni perforate dell'angolo digiuno-duodenale e se ne conferma il carattere riferibile a *mycosis fungoides* (classico quadro istologico di tessuto di granulazione polimorfo e ricco in cellule giganti tipiche). Il caso è il primo di questo genere.

ALDO CALÒ.

Sul granuloma non specifico del tubo gastro-intestinale.

Erdmann e Burt (*Surg. Gyn. et Obst.*, 1933) riportano 5 casi di tumefazione del tubo gastro intestinale dovuta a formazione di tessuto di reazione con aspetto di granuloma aspecifico. In genere sono dovuti a piccoli corpi estranei (spine, frammenti di sostanze alimentari) attorno a cui si è venuto sovrapponendo il tessuto reattivo, o a piccole soluzioni di continuo della mucosa con infiltrazione delle pareti.

Questi tumori infiammatorii possono raggiungere discrete dimensioni e simulare sia neoplasmi veri e proprii, sia granuloma tubercolari. Come sintomatologia si nota: dolori addominali, coliche, febbri e segni di ostruzione parziale oltre ad alterazioni dello stato generale.

La cura chirurgica ha sempre avuto buoni risultati e pertanto gli AA. la raccomandano caldamente.

V. GHIRON.

L'ulcera di Curling e uno studio delle ulcere intestinali associate a lesioni delle ghiandole surrenali.

L'ulcera di Curling è, come noto, una lesione di continuo della mucosa intestinale a carattere progressivo, come conseguenza di scottature esterne. L'etiologia di quest'ulcera è ancora discussa; per Billroth e Moynihan si tratta di un'embolia specialmente in seguito a scottature infette. La sede più frequente è il duodeno al disopra della papilla di Vater; queste ulcere sono spesso multiple ed appaiono dal sesto al dodicesimo giorno dopo la scottatura. La mortalità è molto alta ed è dovuta alla perforazione e all'emorragia.

L'esame autoptico di questi pazienti mette in evidenza lesioni delle ghiandole surrenali (necrosi ed emorragie a carico della corticale e della midollare) e ulcere a carico dell'intestino con prevalenza del duodeno.

Charles W. McLaughlin (*Archives of Surgery*, sett. 1933) ha voluto con questo studio mettere in chiaro il rapporto esistente tra le lesioni delle ghiandole surrenali e le ulcere dell'intestino. A questo proposito ha provocato delle lesioni capsulari e midollari sulle ghiandole surrenali di 21 cani per mezzo di un elettrocauterio. In quasi tutti gli animali così trattati egli ha ottenuto ulcere intestinali con prevalente sede duodenale.

Traendo le conclusioni da questi dati sperimentali — che furono eseguiti con lo stesso risultato da Mann — l'A. è propenso ad accettare la teoria nervosa dell'ulcera peptica, basata sul disquilibrio del sistema simpatico surrenale e di quello parasimpatico. Questi due sistemi sono in equilibrio nell'uomo sano; per quello che riguarda lo stomaco e l'intestino bisogna dire che la paralisi del simpatico provoca la prevalenza del vago, che è incaricato della motilità e secrezione gastrica. Probabilmente le ghiandole surrenali hanno un'importanza nell'equilibrio dei due sistemi, e la loro lesione sarebbe la causa, con la rottura di quest'equilibrio, delle ulcere gastriche e duodenali. R. MARTONE.

Ulcera digiunale primitiva con mucosa gastrica eterotopa.

H. Puhl (*Dtsch. Zeit. f. Chir.*, vol. 239) riporta un caso di ulcera peptica del digiuno operato. L'interesse del caso consiste nel reperto, sul fondo dell'ulcera di mucosa del tipo gastrico (nella regione pilorica) e di isolotti di tessuto pancreatico con dotto accessorio. Tale reperto sarebbe in appoggio alle vedute di coloro che ritengono le ulceri digiunali e del diverticolo di Meckel siano in rapporto a isolotti di mucosa gastrica aberrante. V. GHIRON.

Cisti enteroide appendicolare.

Parcelier (*Bordeaux Chirurgical*, n. 4, ottobre 1933) comunica alla Società di Chirurgia di Bordeaux il caso di un giovane di 25 anni operato per appendicite acuta e in cui trovò attaccata per mezzo di un sottile peduncolo alla punta dell'appendice una piccola cisti a pareti sottili, translucide, contenente un liquido chiaro.

L'esame istologico dimostrò lesioni gravi suppurative a carico della parte media dell'appendice, e in corrispondenza della punta una lieve infiammazione a carico della sola mucosa; il peduncolo della cisti era formato da due strati muscolari: uno centrale a fibre longitudinali, l'altro esterno a fibre circolari (il contrario perciò di quanto si osserva sull'appendice), senza formazioni ghiandolari e linfoidi, senza fenomeni infiammatori; la parete della cisti, sottile, translucida, presentava due strati muscolari con la stessa disposizione che si osserva nell'appendice: fibre longitudinali all'esterno, fibre circolari all'interno; presentava anche una sottomucosa, con strato linfoide e ghiandolare, senza fenomeni infiammatori.

L'A. conclude trattarsi di una cisti enteroide di origine appendicolare ed emette l'ipotesi che un gran numero delle cisti enteroidi del mesentere che hanno sede nella parte destra dell'addome sono di origine appendicolare e che solo per l'ulteriore sviluppo hanno perduto i loro rapporti di continuità con l'appendice stessa. G. GENTILE.

Risultati tardivi di estesa resezione gastrica a causa di ulcera duodenale e gastrica.

W. Rieder (*Zentr. f. Chir.*, 27 gennaio 1934) ha preso in esame tutti i resecati di stomaco della Clinica chirurgica di Amburgo, diretta da Suduk, compresi tra il 1° aprile 1923 ed il 1° aprie 1930.

Sono così compresi 692 casi, dei quali 118 per ulcere perforate e 574 per ulcere non perforate dello stomaco e duodeno. Di tutti gli ammalati 317 poterono essere verificati: e di essi 63 si riferivano a quelli operati in perforazione; la maggior parte (284) furono personalmente visitati, e gli altri (33) diedero notizie per iscritto.

Egli divide gli ammalati in parola in guariti, migliorati e non guariti. Tra i resecati di stomaco (254) non in perforazione si notano 241 con operazioni di Billroth II e 13 con Billroth I. Si ottennero risultati insoddisfacenti nel 26,1 % per Billroth II e nel 22,9 % per Billroth.

Nei malati presi in esame figurano inoltre 15 gastropazienti resecati nonostante l'assenza di ulcera, per gravi disturbi gastrici, incurabili con trattamento medico. Di essi solo 4 furono liberati dei fastidi.

Nei 63 operati per perforazione si ebbero risultati insoddisfacenti nel 18 % dei casi.

Dalle cifre globali riportate dall'A. risulta che nel 79,7 % si ebbe guarigione; nell'11,1 % si ebbe miglioramento; nel 9,02 % i disturbi gastrici si ripeterono.

Dai dati innanzi riferiti l'A. conclude che la resezione gastrica assicura dei grandi successi quando vi è una giusta indicazione e che perciò non esiste alcuna ragione di tornare alla gastroenterostomia. JURA.

Dimostrazione radiologica della guarigione dell'ulcera duodenale.

D. M. Clark e M. S. Geyman (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 13 genn. 1934) ricordando come sia difficile rispondere al malato che chiede se la sua ulcera sia o no guarita, richiamano l'attenzione sull'importanza, e ad un tempo sulle difficoltà che si incontrano praticamente nella determinazione radiologica della guarigione di questo processo.

Anzitutto l'ulcera duodenale sfugge assai più facilmente della gastrica, e non si riesce spesso a dimostrare l'esistenza della caratteristica nicchia; a tal scopo è utile l'esercitare manovre dirette di compressione sul duodeno: in tal modo Akerlund ha ottenuto alte percentuali di reperti positivi. In secondo luogo ci si può basare per la diagnosi di ulcera, anche soltanto sulla deformità del duodeno; ma nessuno di questi caratteri fornisce un elemento preciso sullo stato di evoluzione dell'ulcera, giacchè la persistenza della nicchia o della deformità non esclude che il soggetto stia molto meglio, sebbene — in linea generale — sia la loro scomparsa che coincide con l'inizio

della guarigione; tuttavia essa non indica una guarigione completa, ma corrisponde soltanto a quelle iniziali modificazioni istologiche del cratere ulcerativo che lo rendono incapace di fissare il bario.

La nicchia scompare, sotto le cure, in un periodo di tempo estremamente variabile; ma, in complesso, l'ulcera duodenale scompare con maggior lentezza di quella gastrica.

V. SERRA.

Influenza delle iniezioni endovenose di citrato di sodio al 20°/o negli accidenti d'ostruzione intestinale post-operatoria.

Secondo J. Bottin (*La Presse Médicale*, n. 5, gennaio 1934) diverse sono le sostanze che favoriscono il peristaltismo intestinale.

In prima linea, oltre agli ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi, sono le soluzioni saline e tra queste quelle ipertoniche di cloruro di sodio al 30 % la cui azione comincia subito dopo l'iniezione e cessa in media dopo una mezz'ora. Vengono poi il siero fisiologico e le soluzioni al 25 % di glucosio che producono effetti simili a quelli prodotti dalle soluzioni ipertoniche di NaCl, ma d'intensità minore e dopo un certo periodo di latenza.

Alle sostanze già conosciute e usate, l'A. aggiunge ora il citrato di sodio in soluzione al 20 %, che, usato per errore in due p. presentanti segni di ileo paralitico post-operatorio, ha mostrato un'azione peristaltica molto intensa. L'A. però non ne consiglia l'impiego, perchè l'iniezione endovenosa di detta soluzione provoca un quadro drammatico, seppur di breve durata e senza conseguenze: il p. diventa prima congesto, quindi cianotico, con polso molto frequente, si lagna di sovradistensione addominale e ha l'impressione di movimenti disordinati e fortemente dolorosi dell'intestino. Tali fenomeni ben presto, anche spontaneamente, scompariscono.

G. GENTILE.

I dolori emorroidari.

M. Rachet (*Les emorroïdes*, 1933, cit. da *Journ. des Praticiens*, 24 marzo 1934) consiglia, se la crisi emorroidaria si prolunga, di intervenire direttamente: dopo leggera anestesia locale, con iniezione di una soluzione di cocaina al centesimo alla base della varice, incisione al galvanocauterio della saccoccia sotto tensione ed espressione fra due dita del coagulo nerastro e spesso voluminoso. Applicazione della pomata:

Cloridrato di cocaina	gr.	0.03
Carbonato di bismuto	»	5
AXOUGE fresca	»	20

Il dolore cede rapidamente.

Con le emorroidi interne questo trattamento si complica. Due condizioni si presentano.

Vi sono dolori legati alla flebite con o senza prolasso. Se non vi è prolasso, riposo, piccoli lavaggi caldi. Moutier consiglia:

Foglie di cicuta gr. 5
» » belladonna }
» » giusquiamo } gr. 20
» » eucalyptus }
Testa di papavero n. 1.

Fare bollire 5' in un litro di acqua, lasciare riposare mezz'ora e versare nel bagno.

Dei suppositori calmanti daranno risultati apprezzabili. Immobilizzazione per molti giorni. Le correnti ad alta frequenza attivano la guarigione.

Se il prolasso esiste, riduzione con manovre dolci, prudenti e progressive dopo applicazione di una medicatura caldo-umida. Lubrificare abbondantemente la massa prolassata e ridurre pacchetto per pacchetto agendo con l'indice sul peduncolo. Non ridurre se vi è minaccia o principio di sfacelo.

Ottenuta la riduzione mantenere per alcuni minuti le dita nella regione anale per evitare la recidiva immediata.

Suppositori calmanti e riposo a letto di 48 ore.

Se si è chiamati tardivamente, la riduzione è controindicata. Essa è troppo dolorosa e rischia di aggravare gli accidenti. Applicazioni locali e alta frequenza

C. TOSCANO.

SEMEIOTICA.

Sulla possibilità di una esatta valutazione fisica del grado di nutrizione di soggetti sani o ammalati.

Poichè la terminologia corrente è vaga e fallace, si è sentito il bisogno di elaborare degli indici adatti a riferire il grado di nutrizione fisica dei soggetti.

G. Del Guerra (*La Rassegna di Clinica Terapica e Scienze Affini*, gennaio-febbraio 1934) ha studiato tre di tali indici: quello di Bouchard, di Rohrer e di Bornhardt in 1800 studenti, operai, atleti, reclute e soldati « anziani », cercando di tenere distinti i soggetti esaminati secondo alcune condizioni particolari, come il luogo di nascita, il mestiere ecc.

Dall'esame di una tabella nella quale sono riportati il tipo costituzionale, le condizioni fisiche generali ed i tre indici valutati su 22 studenti di 19 anni si rileva facilmente che lo stato di nutrizione è stato valutato in cifre che corrispondono alla impressione soggettiva ed anche tra di loro: il che vuol dire che i tre indici corrispondono tutti allo scopo.

Secondo l'A. è l'indice di Bornhardt, che tien conto dello sviluppo del tipo toracico, il più esatto e raccomandabile: a questa de-

duzione egli è giunto avendo applicato tale indice a numerosi militari e a giovani operai dediti a lavori pesanti.

Concludendo è d'opinione che nella valutazione ed espressione dello stato di nutrizione dell'organismo umano ci si può sicuramente servire degli indici elaborati da diversi AA. e sopratutto di quelli da lui controllati.

VICENTINI.

IGIENE.

Sul passaggio dei bacilli tubercolari aviari, umani o bovini nelle uova dei polli infettati.

E. Liverani (*C. R. de la Soc. de Biol. de Paris*, n. 2, 1934), partendo dalle ricerche di Maffucci che scoprì la presenza di bacilli tubercolari nelle uova dei polli artificialmente infettati, ha praticato una serie di esperimenti nei Laboratori di Ricerche sulla Tubercolosi dell'Istituto Pasteur di Parigi, allo scopo di ricercare in quali condizioni e con quale frequenza il B. tubercolare aviario e quello dei mammiferi possano passare nell'uovo dei polli.

A tal uopo ha insemenzato su terreno di Loewenstein il bianco ed il giallo separatamente di trenta uova provenienti da polli tubercolosi, ottenendo una positività del 26 % pel giallo, ed una negatività assoluta per il bianco.

Con uguale tecnica, e curando particolarmente le condizioni di asepsi assoluta, ha praticato la stessa ricerca solo sul giallo di altre uova di polli morti in seguito per l'infezione tubercolare, ottenendo una positività del 50 %.

In una seconda serie di esperienze, la ricerca praticata su uova prelevate direttamente dall'ovaio di 11 galline e su testicoli di 11 galli, che presentavano all'autopsia lesioni specifiche degli organi ipocondriaci, ha dato esito positivo in entrambi i lotti di animali, 7 volte.

Ciò stabilito, in una terza serie di ricerche, ha iniettato nella vena dell'ala, a galline sane, 20 mmgr. di bacilli vivi non patogeni per il pollo (umano tipo Ratti, bovino tipo Vallée) e praticato la stessa ricerca dopo 15 e 20 giorni nelle grosse uova contenute nell'ovaio, ottenendo una positività del 100 %.

Dall'insieme di questi esperimenti emerge un fatto di alto valore sociale per quanto riguarda l'uovo crudo, come possibile fonte di infezione, sia da bacillo aviario, dato che oggi è ormai dimostrato il potere patogeno di questo tipo di bacillo anche per l'uomo (lesioni cutanee), sia da bacillo dei mammiferi, dato che i polli vivono molto in contatto coi bovini tubercolosi.

A. P.

VARIA

Comparsa simultanea del m. di Hodgkin in due fratelli.

G. S. McHeffy e R. F. Peterson (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 17 febbraio 1934) descrivono il quadro clinico offerto da due ragazzi, uno di 11 e uno di 13 anni, figli di genitori sani, e senza tare in famiglia o negli ascendenti, nei quali fu osservata dal padre la comparsa, ad una settimana di distanza dall'uno all'altro, di una piccola tumefazione in corrispondenza della regione sopraclavicolare (destra per un fratello, e sinistra per l'altro).

Da allora e sino alla morte di entrambi — avvenuta l'una nel gennaio e l'altra nel marzo 1933 — la storia clinica dei due poveri fratelli seguì il corso abituale: prima le solite incertezze diagnostiche, e sopratutto il sospetto di una lesione tubercolare, poi l'inefficacia della cura sanatoriale e l'esito della biopsia che portarono alla diagnosi, indi il trattamento radioterapico.

Fotografie dei malati, esami di laboratorio e il reperto delle autopsie completano la descrizione.

Quello che più interessa è appunto il fatto commovente della contemporanea insorgenza di questa ineluttabile malattia in due fratelli; giacchè nel 1911 Ziegler negava che il m. di Hodgkin aveva carattere familiare, e da allora l'A. non ha trovato che quattro soli casi, in cui la malattia avesse colpito due o più membri della stessa famiglia.

V. SERRA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. CASSUTO. *Terapia incruenta della prostata.* — Stab. Tip. Oppio, Roma, 1934.

S. DI MAURO. *Rilievi e considerazioni su alcune forme psicotiche da encefalite epidemica.* — Soc. Edit. Sicil. Tipog., Catania, 1933.

M. RINALDI. *Il valore del pH nella etiologia e patogenesi della uricemia e della gotta.* — Arti Grafiche, Frosinone, 1934.

A. DONATI e L. MANGINELLI. *Un caso di cordoma sacro-coccigeo.* — Folia Clinica e Biolog., San Paulo, 1933.

E. PELICELLI. *Atti del 2° Raduno delle Colonie climatiche ed elioterapiche padane.* — Tip. Torelli, Guastalla, 1933.

Istituto Medico-Chirurgico 18 ottobre della Cassa di Soccorso del Personale Azienda Tramviaria Municipale di Milano. — Tip. Antonini, Milano, 1933.

G. VENTURELLI. *Sette anni di curieterapia.* — Riv. Italiana di Terapia, Napoli, 1933.

V. RUATA. *L'importanza delle infezioni secondarie nel tracoma e loro cura con una terapia vaccinica.* — Tip. Failli, Roma, 1933.

A. PIERACCINI. *La riforma della legge sui manicomi e sugli alienati.* — Tip. Economica, Perugia, 1934.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

35° *Dottor T. M.* — La giurisprudenza ha ritenuto che sia valido il concorso anche se vi partecipi o comunque sia ammesso un aspirante solo, salvi motivi legittimi di annullamento: se, per es., la pubblicità sia stata insufficiente.

È da ritenere che l'amministrazione pubblica possa stabilire, preventivamente, come condizione di validità del concorso, che vi partecipino due o più concorrenti. Ma questa determinazione deve risultare da un atto formale deliberato con forme legali. La semplice indicazione nell'avviso del concorso, il quale è, in sostanza, un atto di esecuzione, non è sufficiente.

36° *Dottor P. M.* — L'art. 238 del Codice Penale considera reato il fatto del pubblico ufficiale o dell'incaricato di un pubblico servizio che indebitamente rifiuta, omette o ritarda un atto dell'ufficio o del servizio. Ma il medico libero esercente non esercita nè una funzione nè un servizio pubblico; è compreso, invece, tra le persone che esercitano un servizio di pubblica necessità. È, quindi, da ritenere che il rifiuto, la omissione o il ritardo di una prestazione sanitaria non costituiscano il reato previsto dall'art. 328.

È invece da considerare la ipotesi prevista dall'art. 593 (omissione di soccorso) per la quale è punibile « chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente e di darne immediato avviso all'autorità ».

Se il medico, pur non avendo esercitato, è iscritto nell'albo, ha il dovere di prestare soccorsi urgenti nei limiti delle sue possibilità e della sua capacità, in rapporto alle necessità del caso. Ma anche se non sia iscritto è obbligato al soccorso urgente e indispensabile come ogni altro cittadino tanto più che egli, anche se non esercente, ma avendo fatto un corso di studi, ha maggiori possibilità. Procedendo dall'astratto al concreto, si devono considerare le circostanze del caso: urgenza, necessità del soccorso, impossibilità che sia prestato da persona più competente, ecc.

37° *Dottor C. E.* — Anche per gli ufficiali sanitari sono efficaci i titoli di preferenza stabiliti dal R. D. 1922 n. 1290 ed estesi alle nomine agli impieghi degli enti locali dal R. D. 24 settembre 1923 n. 2070. Quindi, classificati a parità di condizioni, *ex aequo*, due concorrenti, la graduatoria deve essere modificata se alcuno di essi ha titolo di preferenza. Il Prefetto, che è vincolato dal risultato della graduatoria, deve nominare il primo, salvi motivi seri e giustificati che consiglino di escluderlo alla nomina. S'intende che questi motivi devono essere estranei al giudizio della Commissione, che non è sindacabile dal Prefetto. La nomina non spetta al Consorzio ma è riservata al Prefetto.

38° *Dottor A. B.* (Ferrara). — È giuridicamente impossibile il trasferimento dalla condotta di un Comune a quella di un altro, sia pure per accordo tra i rispettivi titolari e col consenso delle due amministrazioni.

L'ordinamento di ciascun Comune o Consorzio è autonomo: si può attuare il trasferimento, ma entro i limiti della circoscrizione comunale o consorziale. In ogni altro caso, si deve provvedere mediante concorso.

39° *Dottor F. A.* — Ved. risposta al quesito n. 31.

40° *Dottor T. B.* — Il medico condotto ha l'obbligo della residenza. Generalmente non può allontanarsi dal Comune senza autorizzazione. Vero che il capitolato richiede esplicitamente il permesso dell'autorità nel caso di servizio presso altro Comune (scavalco) ma non si può da ciò dedurre che per qualsiasi altra assenza il medico condotto possa prescindere dall'autorizzazione.

La regola della dimora costante non può, però, essere intesa così rigidamente che ne risulti quasi uno stato di domicilio coatto. Se il medico, accicurato il servizio, deve assentarsi per poche ore, sarebbe eccessivo richiedere l'autorizzazione, sempre che, s'intende, si tratti di assenze occasionali e saltuarie.

41° *Dottor B. A.* — L'art. 31 del T. U. delle leggi sanitarie 1907, modificato dal R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, regola il periodo di prova dei medici condotti. Per essi, è valutabile il servizio interinale seguito senza interruzione dalla nomina definitiva. La giurisprudenza però ha ritenuto che al personale ospedaliero non siano applicabili, per analogia, le norme concernenti i medici condotti. Hanno invece efficacia le disposizioni dello statuto e del regolamento locale, oltre, s'intende, i principi generali del diritto. Se dalle disposizioni che regolano la condizione giuridica del personale di codesto ospedale, risulti che, agli effetti del periodo di prova, è valutabile il servizio posteriore alla nomina definitiva, il servizio interinale non è valido.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per la tutela della maternità delle lavoratrici.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il R. Decreto Legge 22 marzo 1934 n. 654, in tutela della maternità delle lavoratrici. Le norme in esso contenute non si applicano nei riguardi: *a*) delle donne addette ai lavori domestici inerenti alla vita della famiglia; *b*) della moglie, delle parenti e delle affini, non oltre il terzo grado del datore di lavoro, quando siano con lui conviventi ed a suo carico; *c*) delle donne lavoranti al proprio domicilio, salve le disposizioni che riguardano l'obbligatorietà dell'assicurazione per la maternità delle donne dai 15 ai 50 anni; *d*) delle donne occupate negli uffici dello Stato, delle provincie e dei comuni e delle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza; *e*) delle donne occupate nei R. Istituti di istruzione, anche se aventi personalità giuridica propria ed autonomia amministrativa, e nelle aziende dello Stato, delle provincie, dei comuni e delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, quando da disposizioni legislative regolamentari sia prescritto un trattamento non inferiore a quello stabilito dalle singole disposizioni del presente decreto; *f*) delle donne addette a lavori agricoli salvo il caso di donne occupate in lavori agricoli particolarmente gravosi e restando fermo il divieto di impiegare donne nei lavori di risicultura durante l'ultimo mese di gravidanza ed il primo mese dopo il parto.

Il decreto vieta di adibire al lavoro le donne: *a*) durante l'ultimo mese precedente la data presunta del parto, determinata dal certificato medico di gravidanza; *b*) ove il parto avvenga oltre quella data, per tutto il successivo periodo che precede il parto; *c*) durante sei settimane dopo il parto.

Le operaie in istato di gravidanza hanno diritto di assentarsi dal lavoro per tre mesi iniziando dalla sesta settimana antecedente la data presunta del parto.

Per tutto il periodo in cui l'operaia stia assente dal lavoro per le ragioni su elencate, il datore di lavoro è obbligato a conservarle il posto. Qualora, in conseguenza di malattia prodotta dallo stato di gravidanza o di puerperio, l'operaia debba rimanere assente dal lavoro per un tempo eccedente i periodi previsti e sopra determinati, il datore di lavoro è obbligato a conservarle il posto per l'ulteriore periodo di un mese. Per le impiegate si applicano le norme dell'art. 6 del R. Decreto legge 13 novembre 1924 n. 1825.

Successivamente, il decreto vieta di adibire al trasporto e al sollevamento di pesi le donne in istato di gravidanza nei tre mesi precedenti la data presunta del parto; fa obbligo al datore di lavoro di dare alle madri che allattano i proprî bambini direttamente, per un anno dalla nascita di questi, due periodi di riposo (che si reputano ore lavorative agli effetti della durata e della retribuzione) durante la giornata per provvedere all'allattamento; e impone al datore di lavoro di istituire, nelle dipendenze dei locali di lavoro e quando in questi siano occupate almeno 50 donne di età dai 15 ai 50 anni, una camera di allattamento che deve essere bene illuminata e bene ventilata e ben riscaldata nella stagione fredda.

Il decreto sancisce, poi, l'obbligatorietà dell'assicurazione per la maternità delle donne dai 15 ai 50 anni soggette al decreto stesso e delle donne lavoranti al proprio domicilio, escludendo le impiegate la cui retribuzione, ragguagliata a mese, superi le 800 lire, nonchè le donne soggette all'assicurazione sulle malattie nelle nuove provincie, a norma del R. decreto 29 novembre 1929 n. 2146. L'assicurazione obbligatoria per la maternità ha lo scopo di corrispondere il sussidio di L. 300 in caso di parto e di L. 100 in caso di aborto spontaneo o terapeutico avvenuto dopo il terzo mese di gravidanza. Il credito di sussidio non può essere ceduto, pignorato o sequestrato. Per l'assicurazione obbligatoria di maternità è stabilito un contributo annuale di L. 7, di cui L. 3 a carico della donna soggetta all'assicurazione e L. 4 a carico del datore di lavoro.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *R. Prefettura.* — S. E. il Prefetto avverte che il concorso al posto di ufficiale sanitario, capo dell'ufficio di igiene del Comune di Fabriano, bandito con avviso del 1° marzo 1934, è stato prorogato al 31 maggio 1934-XII.

ARDENNO (*Sondrio*). — Scad. 15 giugno; Consorzio; L. 9000, oltre indenn. trasferta L. 1200, indenn. trasporto L. 4000, c.-v., ambul. L. 500, se uff. san. L. 1000.

ARITZO (*Nuoro*). — Concorso per titoli al posto di medico-chirurgo condotto per il consorzio Aritzo-Belvì. Stipendio L. 9.000. Cavalcatura L. 1.500 Ufficiale Sanitario L. 1.000. Caroviveri, se dovuto, L. 720 al lordo riduzioni e ritenute di legge. Distanza Belvì Km. 2.300. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 31 Luglio 1934-XII.

BELVÌ (*Nuoro*). — (Vedi ARITZO).

BIELLA (*Vercelli*). *Ospedale degli Infermi.* — Concorso per il posto di Assistente della Sezione Medica. Scadenza 31 maggio 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale suddetto.

BITRITTO (*Bari*). — Scad. 31 mag.; con Loseto; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1800 se cavalc.; età limite 35 a.

CALTAGIRONE (*Catania*). — (Vedi CATANIA).

CAMPARADA (*Milano*). — (Vedi LESMO).

CAMPOBASSO. *Comune.* — Scad. 31 lug.; due condotte pel Capoluogo; L. 7000 e 3 quinquenni dec.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

CAPRESE-MICHELANGELO (*Arezzo*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 720 c.-v., L. 3000 (rivedib.) trasporto, L. 500 se uff. san.; trattenute e riduzioni di legge; età limite 40 a.; tassa L. 50.

CARROSIO (*Alessandria*). — Concorso al posto di medico condotto. Stipendio L. 7000 lorde da R. M. e Monte Pensioni; riduzioni di legge (12 % e 6 %); limite di età 35 anni salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 luglio 1934-XII.

CASALFIUMANESE (*Bologna*). — Scad. 31 mag.; per due frazioni; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

CATANIA. *R. Prefettura*. — Con avviso di S. E. il Prefetto della Provincia di Catania, in data 15 aprile 1934-XII, è stato bandito il concorso per titoli ed esami ai posti di ufficiale sanitario dei Comuni di Caltagirone e San Michele di Ganzeria. Lo stipendio è di annue L. 11.000 per Caltagirone e L. 6.000 per San Michele di Ganzeria, suscettibile di quattro aumenti periodici quinquennali del decimo. Il termine per la presentazione dei documenti scadrà il 15 luglio 1934. Per altre informazioni gl'interessati dovranno rivolgersi alla R. Prefettura di Catania.

CEPRANO (*Frosinone*). — Con avviso del 24 aprile u. s., il Podestà rende noto che in esecuzione della deliberazione N. 34 dello stesso giorno, ferme restando le condizioni di cui al bando del 5 marzo p. p., il concorso per titoli ad un posto di medico-chirurgo condotto è prorogato a tutto il 20 maggio 1934-XII.

CERESOLE REALE (*Aosta*). — Scad. 15 lug.; lire 10.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1800 trasp., L. 500 uff. san.; ritenute e riduzioni di legge; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

CORREZZANA (*Milano*). — (Vedi LESMO).

CUNEO. *Ammin. Prov. - Ospedale Psichiatrico Provinciale* (in Racconigi). — Scad. 20 lug.; medico di Sezione di 2ª classe. Rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

FABRIANO (*Ancona*). — (Vedi ANCONA. *R. Prefettura*).

FERRARA. — La R. Prefettura ha bandito concorso ad uff. san. del capoluogo; chiedere avviso alla Segreteria com. di Ferrara.

FOGGIA. *Consrzio Prov. Antituberc.* — Scad. 10 giu., ore 12; medico aggiunto del Dispensario Prov.; titoli ed esami; età limite 45 a.; L. 17.000 oltre L. 1700 serv. att., riduz. 12 %; è consentita consulenza nella specialità; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 10 apr.

GUARDIAGRELE (*Chieti*). — Scad. 31 mag., ore 18; due condotte; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età limite 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'1 apr.

LARINO. *Ospedale « G. Vietri »*. — Scadenza 15 maggio. Primario chirurgo. L. 5500, oltre 40 % proventi operazioni e 60 % sull'ambulatorio.

LESMO (*Milano*). — Concorso per titoli al posto di medico condotto per il consorzio Lesmo, Camparada, Correzzana. Stipendio annuo L. 9000 ridotto del 12 % come da R. Decreto 20-11-1930 N. 1491, oltre alla riduzione disposta dal R. Decreto 14-4-1934 N. 561, nonchè delle altre trattenute di legge. Lo stipendio è suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo con inizio dal 1° mese successivo all'acquisto della stabilità. La domanda in carta da bollo, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali ed altre rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Lesmo, dovranno pervenire a detta Segreteria non oltre le ore dodici del 7 giugno 1934-XII.

LONDRA. *Ospedale Italiano*. — Concorso al posto di Medico Residente presso l'Ospedale Italiano in Londra. I candidati devono avere la laurea Italiana, ed essere iscritti all'Ordine dei Medici d'Italia. È necessaria inoltre una buona conoscenza della lingua inglese. La durata della carica è di sei mesi, cominciando dall'8 giugno prossimo. Lo stipendio è di Lst. 100 annue, oltre il vitto e l'alloggio. Le domande devono pervenire al Segretario dell'Ospedale, Queen Square, W. C. 1, LONDRA, non più tardi del 21 maggio corrente.

MARANO EQUO (*Roma*). — Scad. 30 giu.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; addizionale L. 4 sopra i 1000 poveri; per arm. farm. L. 1231,80; trattenute e riduzioni di legge; età limite 35 a.; tassa L. 25,10.

MATERA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Concorso, per titoli ed esami, al posto di medico-aiuto del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Matera, con lo stipendio annuo di L. 10.600, oltre alle indennità di servizio attivo di L. 2.000, il tutto al lordo della R. M. e complementare, e lo stipendio al lordo, altresì, delle ritenute per l'iscrizione alla Cassa di Previdenza dei Sanitari. Lo stipendio iniziale è suscettibile di otto aumenti biennali di un ventesimo. Lo stipendio e le indennità di servizio attivo sono al netto del 12 % a norma del R. D. L. 20 novembre 1930, n. 1491. I concorrenti devono far pervenire alla Segreteria del Consorzio, presso l'Amministrazione Provinciale di Matera, non più tardi delle ore 18 del giorno 31 Maggio 1934-XII la domanda in carta da bollo da L. 3 diretta al Presidente del Consorzio, corredata di tutti i documenti richiesti. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

MONDAINO (*Forlì*). — Scad. 60 giorni dal 1° maggio; per 2 frazioni; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre c.-v., L. 3000 cavalc., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; addizionali L. 3, 4 e 5 per gl'iscritti sopra il 15 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° mag.

MUZZANA DEL TURGNANO (*Udine*). — Scad. 10 lug.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att.; ritenuta 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

PALIANO (*Frosinone*). — Scad. 31 mag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PIACENZA. *Osbedale Civile*. — Scad. 31 mag.; primario otorinolaringoiatra, L. 7000; aiuto medico e due assistenti, L. 5500.

POLA. *Ospedale Generale e Psichiatrico « Santorio Santorio »*. — Scad. 31 mag.; medico assistente; L. 5400 oltre L. 1350 serv. att., c.-v.; età limite 35 a.

RAVENNA. *Comune.* — Scad. 10 lug.; per Piangipane; L. 8000 e 10 bienni dec.; limite età 40 a.

RIO NELL'ELBA (*Livorno*). — Scad. 30 mag.; L. 12.000 e 5 quinquenni ventesimo, c.-v.; riduz. 12 %; età limite 45 a.; tassa L. 25.

SAMBONIFACIO (*Verona*). — Concorso a medico-chirurgo. Stipendio L. 8000, aumentabile di un decimo per ogni quinquennio e per quattro quinquenni. Caroviveri ai soli coniugati, quota integrativa del 20 per cento sullo stipendio. Gli assegni sono soggetti alle trattenute ed alle riduzioni di legge. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Certificato di pratica per due anni in una clinica medica od in un Ospedale di Città capoluogo di Provincia. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 20 maggio 1934. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SAN MICHELE DI GANZERIA (*Catania*). — (Vedi CATANIA).

S. CROCE SULL'ARNO (*Pisa*). — Scad. 30 mag.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.

SULMONA (*Aquila*). *Ospedale Civile della Casa Santa dell'Annunziata.* — Concorso per titoli al posto di Aiuto Chirurgo. Limite di età 35 anni. Stipendio annuo L. 3.000. Indennità vitto L. 2.400. Ambedue gli assegni lordi delle ritenute di legge, oltre l'alloggio gratuito in Ospedale e percentuali su onorari e cure agli abbienti, proventi di gabinetto radiologico, clinico, pronto soccorso, ecc. Scadenza 14 giugno 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ente.

TOLFA (*Roma*). — Scad. 30 giu.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; oltre i 1000 poveri, addizionali di L. 4 e di L. 5; per direz. Ospedale L. 400; trattenute e riduzioni di legge; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

TREVI NEL LAZIO (*Frosinone*). — Concorso, per soli titoli, al posto di medico condotto. Stipendio annuo di L. 10.500 al lordo della riduzione del 12 % di cui il R. Decreto 20-11-1930 N. 1491 e delle altre ritenute di legge, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni. Se al Sanitario verrà affidato l'incarico di Ufficiale Sanitario, egli per tale carica, sempre revocabile, avrà diritto, fintanto che la stessa durerà, ad una indennità annua di L. 500, al lordo della riduzione del 12 % e delle altre trattenute di legge. La domanda in carta da bollo, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali ed altre rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Comune, dovranno essere indirizzate al Podestà ed a lui pervenire non oltre il giorno 5 luglio 1934-XII.

URBINO. *R. Prefettura.* — Scad. 30 giu.; uff. san. del capoluogo; L. 7000 oltre L. 1500 serv. att., L. 3500 pel servizio del gabinetto d'igiene.

VARESE. *Comune.* — Scad. 16 giu., ore 17; 3° reparto; L. 8000 e 5 quadrienni dec., indenn. famiglia, L. 3000 automob.; riduzioni di legge; tassa L. 50,10; docum. non anter. al 1° giu.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Un concorso della « Croce Rossa ».

La Rivista « Croce Rossa » bandisce un concorso con 2500 lire di premi per una monografia sul tema: « Morbilità e mortalità per malaria nei fanciulli di una zona endemica ».

I lavori premiati e gli altri ritenuti meritevoli, saranno pubblicati nella rivista « Croce Rossa » con diritto degli estratti.

Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla direzione della rivista « Croce Rossa », via Toscana 12, Roma.

Premio di perfezionamento all'estero per laureati in medicina e chirurgia.

È stato indetto il concorso per il conferimento di un premio di perfezionamento all'estero stabilito dalla Fondazione « Fratelli prof. Giuseppe e dott. Benedetto Ricca Salerno » amministrata dalla R. Università di Messina.

Possono parteciparvi i cittadini italiani iscritti al P. N. F. laureati in medicina e chirurgia da non oltre un triennio in una delle Università del Regno ed il premio sarà conferito da una Commissione nominata dal Ministero dell'Educazione Nazionale, al concorrente che avrà presentato il miglior lavoro sulle malattie infettive con preferenza alle infezioni di spettanza medica.

Le domande indirizzate al Magnifico Rettore della R. Università di Messina su carta bollata da L. 3 ed accompagnate dai documenti prescritti e dai lavori stampati o dattilografati, dovranno pervenire alla Segreteria Universitaria entro il giorno 31 maggio p. v. Il premio è di L. 12.000 ed indivisibile.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono stati disposti ed in parte già hanno avuto luogo i seguenti trasferimenti e passaggi di cattedra: prof. Mario Aresu, dalla cattedra di patologia speciale medica, a quella di clinica medica nella stessa Università di Cagliari; prof. Giorgio Benassi, ord. di medicina legale, da Cagliari a Modena; prof. Vincenzo Rossi, S. di clinica oculistica, da Parma a Pisa.

Sono nominati, in seguito a concorso, i seguenti proff. Giovanni Bruno, di anatomia umana normale e istologia, a Sassari; Ignazio Fazzari, di anatomia umana normale (sistematica, istologia, embriologia), a Messina; Fedele Fedeli, di patologia chirurgica, a Modena; Francesco Saverio Latteri, di patologia speciale chirurgica, a Cagliari; Francesco Putzu, di patologia chirurgica, a Sassari.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Gaetano Ottavini, in anatomia umana normale; Bruno Botta, in biochimica; Ada Bolaffi, Luigi De Carlo, Baccio Zanella, in chimica biologica; Ruggero Broglio, Giuseppe Gucci, Vincenzo Lozzi, Domenico Mucci, Mario Novi, Rodolfo Redi, Angelo Zaffaghini, in clinica chirurgica; Osvaldo Amorosi, Onofrio Angelelli, Ottorino Bartoli, Giovanni Giuliani, Giovanni Pacetto, Luigi Sussi, Adalgiso Turco, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Marcello Commel, Enea Scolari, Vittorio Leigheb, in clinica dermosifilopatica; Ferruccio Vigi, in clinica otorinolaringoiatrica; Piera Marangoni, in far-

macologia; Edoardo Ghirardi, in fisiologia sperimentale; Elena Fambri, in medicina sociale; Antonio Cusmano, Michele D'Asaro, Ferdinando Farina, Cesare Fiore, Pietro Giani, Carlo Kock, Luigi Lugli, Ugo Mazzola, Oreste Valli, Maria Vele, in oftalmologia e clinica oculistica; Ruggero Fiorentini, in organizzazione scientifica del lavoro; Antonio Poli, in ortopedia e traumatologia; Cesare Amatucci Mallardi, Arturo Tarsitano, in semeiotica medica.

Il lib. doc. Otto Flössner è nominato professore di fisiologia a Berlino.

Il prof. Wilhelm Stepp (Breslavia), è nominato ordinario di medicina interna a Monaco di Baviera.

Il prof. Fritze Klinge (Lipsia), è nominato ordinario di patologia generale e anatomia patologica a Münster.

Il prof. Ernst Ruickholdt (Gottinga), è nominato ordinario di farmacologia e farmacognosia a Rostock.

Il prof. Kurt Beringer (Monaco), è nominato ordinario di psichiatria a Friburgo i. Br., quale successore di Hoche.

Il prof. Willy Aschütz, di chirurgia a Kiel, è nominato membro corrispondente della « Société Nationale de Chirurgie » di Parigi.

Il dott. L. Melanowski è nominato professore di oculistica a Varsavia.

Il prof. Clementino Fraga è nominato presidente della Società brasiliana di tisiologia.

Il dott. Marcelino Fuentes B. è nominato segretario generale della Società medica veracruzana.

Il dott. P. Gonzáles Rincones è nominato ispettore generale degli Ospedali Civili del Distretto Federale della Colombia.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Congresso internazionale contro il reumatismo.

Con l'intervento di 600 delegati, di cui molti studiosi giunti dai principali paesi d'Europa, si è svolto a Mosca il IV Congresso internazionale contro il reumatismo.

L'inaugurazione ebbe luogo nella sala delle colonne della Casa dei Sindacati. Il Commissario del popolo per la salute pubblica, Kaminski, salutò i congressisti ed annunziò che il Governo della U. R. S. S. per ricordare la convocazione del Congresso a Mosca ha deliberato varî provvedimenti, tra cui la fondazione di un museo antireumatico e un sanatorio per il trattamento reumatico dei fanciulli a Mosca.

Pronunziarono poi discorsi di saluto il prof. Pisani, per la delegazione italiana, e varî altri rappresentanti.

Sono state svolte numerose relazioni, tra le quali una dei professori italiani Chini e Lusena sulla « Patologia del reumatismo acuto ». Il relatore prof. Chini ha illustrato gli studî clinici da lui condotti in parecchi anni su molti malati, i risultati terapeutici conseguiti attuando un nuovo indirizzo di ricerche, e il risultato di indagini sperimentali, condotte nella Clinica medica di Roma, che hanno dimostrato la possibilità di riprodurre dei quadri similreumatici in animali trattati con foci streptococcici.

Ha poi riferito il prof. Pisani, pure vivamente applaudito, sul « Trattamento con i fanghi delle malattie reumatiche dell'apparecchio locomotore ».

Del congresso daremo ulteriori notizie.

7° Congresso internazionale di medicina infortunistica e professionale.

È indetto per il luglio 1935 a Bruxelles, sotto la presidenza del dott. Gilbert. Coordinerà i lavori della Commissione permanente degli infortuni sul lavoro e della Commissione internazionale permanente per la medicina del lavoro. Temi per la Sezione A, di Chirurgia: « Sequele remote dei traumatismi del cranio », « Traumatismi della mano e delle dita »; per la Sezione B, delle Malattie professionali: « La lotta contro le polveri industriali », « L'azione patogena della respirazione ripetuta di piccole quantità di gas tossici che sfuggono dagli strati minerari metaniferi »; per la Sezione C, mista: « Manifestazioni obbiettive del dolore », « Elettricità ». Tra i relatori sono i proff. C. Biondi (Siena) e il prof. G. Aiello (Milano), rispettivamente per il 1° ed il 2° tema della Sezione C.

Per qualsiasi informazioni rivolgersi al segretario generale del Congresso, Dr. Léo Dejardin, rue du Commerce 23, Bruxelles, Belgio.

Congressi internazionali di neurologia.

La « Société de neurologie de Paris » ha organizzato la 14ª riunione internazionale annua a Parigi, per i giorni 5 e 6 giugno, nella Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital, 47); le riunioni si terranno entro l'anfiteatro della Scuola delle infermiere. Tema in discussione: « Il sistema vegetativo meso-diencefalico »; relatori Laurelle (Bruxelles) per l'anatomia, Tournay (Parigi) per la fisiologia, André-Thomas e Lhermitte (Parigi) per la patologia. Verranno anche esposti i lavori del « Fonde Déjerine », da Ludo Van Bogaert (An-

versa) sulle distrofie ectodermiche congenite, e da Christophe (Parigi) sulla sifilide del cervelletto.

Rivolgersi al segretario generale Dr. O. Crouzon, avenue d'Iéna 70-bis, Paris (XVIe).

Viene anche annunziato il II Congresso internazionale di neurologia, per il 5-10 agosto 1935, a Londra. Temi: « Le epilessie; fisiologia, patologia, terapia », relatori Marburg (Vienna) e O. Rossi (Pavia); « Fisio-patologia del liquido c.-sp. », relatore Foerster (Breslavia); « Fisio-patologia dei lobi frontali », relatore Claude (Parigi); « L'ipotalamo e l'innervazione centrale del sistema nervoso autonomo », relatore Brouwer (Amsterdam). Lingue ufficiali del congresso saranno il francese, l'inglese, l'italiano, lo spagnolo e il tedesco. Capo della delegazione italiana sarà l'on. prof. Ottorino Rossi, direttore della R. Clinica neuropsichiatrica di Pavia.

9° Congresso nazionale d'igiene.

Per delegazione di S. E. De Blasi, Accademico d'Italia, presidente dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, è stato a Bari il segretario nazionale dell'Associazione, dott. comm. Alberto Botti, il quale, in compagnia del prof. Giuseppe Sangiorgi, direttore dell'Istituto d'Igiene di quella R. Università e presidente della Sezione Provinciale di Bari dell'Associazione, si è recato a visitare le autorità per la preparazione del IX Congresso Nazionale d'Igiene, che a cura dell'Associazione avrà luogo in Bari dal 30 sett. al 4 ott. p. v.

Le autorità visitate, e cioè S. E. il Prefetto, il Commissario al Comune, il Preside della Provincia, il Rettore Magnifico della R. Università, il presidente dell'Ente Autonomo Acquedotto Pugliese e il presidente dell'Ente Autonomo per la Fiera del Levante, hanno promesso il più largo appoggio alla importante iniziativa che avrà sicuramente il più grande successo e dimostrerà ancora una volta lo squisito senso di ospitalità della città di Bari e della Regione pugliese.

3ª Settimana medica padovana.

Come avevamo annunziato, il Sindacato Fascista Medico di Padova in accordo con la Facoltà medico-chirurgica della R. Università organizza anche quest'anno la «Settimana Medica » per dar modo ai colleghi che vivono lontani dai centri di alta cultura di aggiornare le loro cognizioni su qualcuno dei più importanti problemi della medicina. Le lezioni saranno tenute dal 10 al 17 giugno; si chiuderanno a Venezia.

Le iscrizioni devono pervenire al Sindacato (via 8 Febbraio 1, Padova) entro il giorno 31 maggio, accompagnate dalla tassa di iscrizione in L. 15.

I partecipanti potranno usufruire dei ribassi ferroviari (70 %) concessi da tutte le stazioni del Regno in occasione della Fiera di Padova ed avranno diritto ad una tessera di libera circolazione sui trams elettrici urbani e suburbani e di ingresso gratuito ai Musei e Monumenti cittadini per la durata della « Settimana ». La stessa tessera darà diritto alla riduzione del 50 % sui biglietti d'ingresso alla Fiera di Padova e alla Biennale di Venezia e di circolazione con i vaporetti della Laguna. Le spese di viaggio per una visita ad Abano e una gita a Venezia sono a totale carico del Sindacato. Si concedono facilitazioni di soggiorno.

Coloro che avranno seguite regolarmente le lezioni della « Settimana Medica » potranno ottenere un certificato di frequenza.

Onoranze al prof. Jemma.

Il 5 corr., nell'aula della Clinica pediatrica della R. Università di Napoli, sono state rese solenni onoranze al prof. Jemma nel trentesimo anno del suo insegnamento, per iniziativa di un Comitato presieduto dal sen. Maragliano. Ha parlato per primo il sen. Maragliano, che ha presentato in omaggio al prof. Jemma due grossi volumi di studi pediatrici; hanno fatto seguito il sen. Pascale per l'Ateneo, S. E. De Blasi per il C. N. R., il prof. Cannata quale discepolo anziano del Maestro, il dott. Stilo del corso di perfezionamento in medicina, ed uno studente, tutti esaltando la figura nobilissima del clinico e dello scienziato insigne. Ha risposto commosso il festeggiato.

Più di 800 adesioni sono pervenute da tutte le parti d'Italia e moltissime altre da scienziati stranieri di tutto il mondo civile. Hanno aderito inoltre le maggiori Accademie scientifiche e mediche d'Italia e dell'estero, le Società internazionali di pediatria e puericultura.

Dei contributi scientifici consegnati nei due volumi, 57 appartengono a scienziati stranieri: titolo di riconoscimento dell'alto valore del prof. Jemma.

Conferenza del prof. Frontali a Vienna.

Invitato dal presidente della « Biologische Gesellschaft » di Vienna, il prof. G. Frontali, direttore della Clinica pediatrica di Padova, ha tenuto il 23 aprile u. s., dinanzi ad un pubblico costituito da eminenti personalità della scuola medica viennese, biologi e clinici (H. H. Meyer, Pick, Eppinger, Falta, Knöpfelmacher, Nobel, Mautner, Tezner ecc.), una conferenza dal titolo « Fosfatemia e rachitismo ».

Egli ha raccolto quanto di originale su questo argomento è stato prodotto da lui stesso fino dal 1927 e da suoi collaboratori nella Clinica pediatrica di Padova, mettendo in luce la sua concezione personale relativa all'influenza di fattori endogeni nella genesi e nella guarigione del rachitismo ed illustrando con numerosissime prove sperimentali « in quarzo » ed « in vivo » l'importanza che assume lo spostamento del P da composti organici a composti inorganici sotto l'influenza di fattori actinici.

La conferenza, illustrata da numerose proiezioni dimostrative, è stata molto apprezzata dai convenuti, dando luogo ad interessanti discussioni ed a numerosi consensi.

Un riassunto di essa verrà pubblicato nella « Klinische Wochenschrift ».

Il nuovo Ospedale sanatoriale per le malattie respiratorie a Roma.

L'imponente edificio, costruito dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale « Benito Mussolini », sorge su un'area di 28 mila metri quadrati, con 260 mila metri quadrati di parchi, e avrà 1391 letti e cioè: padiglioni sanatoriali, 992; maternità, 33; ortopedia, 48; pediatria, 48; otorinolaringoiatria, 33; clinica medica, 70; clinica chirurgica, 70; reparto sosta, 33; reparti per ricovero studenti e medici ammalati. L'edificio comprende anche i dormitori per il personale di fatica e cioè: 300 letti, 50 camere per le assistenti sanitarie, camere per i medici, camerate per le suore ecc.

Il nuovo Ospedale di Rodi.

Il nuovo ospedale di Rodi, costruito su progetto dell'ing. Buscaglione di Torino e inaugurato nel-

l'agosto del 1926, ha ora assunto notevole sviluppo. Sorge in una delle migliori posizioni, sui fianchi della collina, avendo alle spalle il monte S. Salvatore, mentre con tre lati guarda il mare, e consta di parecchi padiglioni, allacciati da passaggi vetrati al Padiglione centrale, destinato ai servizi generali.

Esso ha la capacità di ottanta letti, colla possibilità di ampliamento, e copre un'area di 2600 metri quadrati, con un ampio giardino che circonda i padiglioni, offrendo un utile svago ai convalescenti.

La riforma degli studi medici in Francia.

Con decreto in data del 6 marzo 1934, è stato riformato in Francia lo studio della medicina, che rimane però sostanzialmente come prima, salvo l'aggiunta di un anno solare, destinato principalmente al tirocinio pratico in un servizio di medicina e di chirurgia generale, di ostetricia e di una o due specialità, a scelta degli allievi. Il corso completo ha così la durata di sette anni, compresovi il P.C.N. (corso preparatorio di fisica, chimica e scienze biologiche, della durata esso pure di un anno) senza del quale non si possono iniziare gli studî medici propriamente detti, che durano 5 anni, oltre l'anno ora aggiunto che costituisce la parte essenziale della riforma; esso permette agli allievi, i quali non passano per l'esternato o per l'internato di ospedali di grandi città, sedi di facoltà o scuole mediche, di compiere un tirocinio pratico, risiedendo possibilmente in un ospedale. Per coloro che già hanno conseguito (con esame) il titolo di « esterno » o di « interno », il tirocinio è sostituito dai servizi cui essi sono addetti. La ripartizione degli allievi nei varî posti, stabiliti dalle facoltà, sarà fatta tenendo conto anche dei risultati conseguiti in precedenza. Viene espresso inoltre il desiderio che le amministrazioni ospedaliere interessate accordino qualche vantaggio ai tirocinanti, perchè l'anno in più non sia completamente a carico di costoro, i quali recano un certo aiuto nella cura dei malati.

Giornata medica di Milano.

Numerosi medici convenuti da ogni parte d'Italia si radunarono, il 23 aprile, alla sede del Sindacato Provinciale Fascista di Milano (piazza Duomo 20), ove il prof. C. Baslini porse un saluto anche a nome dell'on. Morelli.

Il prof. Piccinini svolse il tema: « Genialità medica italiana e sua documentazione ».

Dopo venne fatta una visita all'Istituto XXVIII Ottobre, ove il direttore prof. Massarotti ed i capi dei varî servizi medici e specialistici (proff. Vinaj, Mirto ecc.) furono di guida.

Vennero inviati telegrammi a S. M. il Re, a S. E. Mussolini ed all'on. Morelli.

Nel pomeriggio vennero visitati, alla Fiera, i Padiglioni delle Industrie Chimiche, degli Apparecchi scientifici, delle Stazioni di cura, ed in particolare venne visitata ed ammirata la Mostra Sanitaria.

Si svolse quindi, per invito dell'Ufficio Stampa Medica Italiana e della Stampa Tecnica, una seduta sotto la presidenza del prof. Baslini. Parlarono il prof. Gozzi sulle Stazioni italiane di cura in rapporto con l'Associazione idroclimatologica e il prof. Piccinini sulla Stampa Medica della Lombardia.

Grande successo ottenne una serata al Teatro Principe. Applauditissime furono tre commedie, rispettivamente del prof. Baslini, del dott. Moscariello, del dott. Bennati, i quali più volte dovettero presentarsi a ringraziare, insieme cogli attori della compagnia di Anna Carena, pure festeggiatissima. Il prof. F. Fichera, all'inizio dello spettacolo, parlò della « genialità medica italiana » e declamò versi dei poeti medici Spallicci, Anile, De Simone. Negli intermezzi disse proprî versi il dott. P. Venturi e la sig.na Carena fece gustare alcune poesie milanesi del prof. Baslini.

Azioni giudiziarie.

La signora Ida Rostieri citava, dinanzi al Tribunale di Milano, la casa di cura S. A. Villa Fiorita, per sentirla condannare al pagamento di lire cinquecentomila, a titolo di risarcimento danni per la morte del marito avv. Pericle Galli.

La Rostieri sosteneva che il marito era stato ricoverato nella detta casa di cura per essere sottoposto a speciale trattamento e vigilanza. In un primo momento il ricoverato era stato assegnato al reparto alienati, ma, in seguito, la direzione lo aveva passato al reparto malattie nervose, con libera facoltà di uscita, tanto che il 23 settembre 1931 egli aveva lasciato la casa di cura e, recatosi alla stazione ferroviaria, era andato a finire sotto la macchina di un treno in moto.

La Società convenuta respingeva ogni responsabilità, eccependo che l'assegnazione al reparto alienati era avvenuta a condizione che fosse stato esibito provvedimento relativo dell'autorità giudiziaria. Ciò non fu fatto e, allora, poichè il ricoverato si lamentava della limitazione della libertà, fatto un consulto, la direzione lo aveva passato al reparto malattie nervose, rendendone edotta la Rostieri, che aveva riaccompagnato il marito in clinica il 22 settembre e, il mattino dopo, si era allontanata per far ritorno alla propria abitazione. La casa di salute chiedeva di provare ciò per testimoni e il Tribunale ammetteva tali prove. La Corte d'Appello fu però di contrario avviso e ammise le prove dedotte dalla Rostieri, ritenendo che la casa di salute se non avesse potuto esercitare la vigilanza assidua e continua richiestale avrebbe dovuto non accettare l'infermo, o pretendere o richiedere direttamente autorizzazione dell'autorità competente per l'assegnazione al reparto alienati.

Contro tale sentenza la Società Villa Fiorita ricorse in Cassazione. Ma la prima sezione civile ha respinto il ricorso.

* * *

Al Tribunale Correzionale di Grenoble si è svolto un processo contro il dott. Pierre-Marie Pellorce, un tisiologo il quale si è formato una rapida fortuna, accusato di praticare dei pneumotoraci fittizi. Le accuse sono partite da 3 clienti. Le perizie di radiologi e di tisiologi avrebbero comprovato che effettivamente il collasso polmonare non aveva avuto luogo e che, in qualche caso, mancava la tubercolosi. È anche risultato che sarebbe stato praticamente impossibile, per un solo medico, di curare contemporaneamente, mediante il pneumotorace, incirca 150 clienti, quanti ne aveva l'accusato. Una delle accusatrici, signora Napoletano, aveva versato al medico circa 6000 franchi, senza che risulti sia stata sottoposta a trattamento. La difesa sosteneva un complotto organizzato dai colleghi, per invidia del rapido successo. Il Tribunale, nella seduta del 12 aprile, in seguito alle divergenze dottrinarie manifestatesi tra i periti Brissaud, Dumarest e Rist, ha deciso di ordinare un complemento di perizia, affidandolo agli stessi clinici specializzati.

Un po' dovunque.

Si è svolto a Roma e Milano, dal 30 aprile al 4 maggio, il X Congresso mondiale del latte, al quale si sono fatti rappresentare 47 Stati. L'inaugurazione ebbe luogo solennemente al Campidoglio, con l'intervento del Duce. Il congresso è stato integrato da gite e ricevimenti varî.

La Società internazionale di chirurgia, che raggruppa oltre 1200 chirurgi selezionati di 40 Paesi, ha iniziato la pubblicazione di un Indice dei lavori dei suoi membri. Il 2° volume, ora in corso di stampa, dà il repertorio di circa 120.000 pubblicazioni, per ordine analitico: è questa la più importante documentazione bibliografica di chirurgia. Per informazioni rivolgersi al segretario della Società, Dr. L. Mayer, rue de la Loi 72, Bruxelles, Belgio.

La lega tedesca di psichiatria terrà la sua adunanza annuale dal 23 al 26 maggio in Münster. Temi: Psichiatria clinica ed Eugenica; Psichiatria e igiene di razza; Progressi dell'encefalo-arteriografia combinata; Struttura della personalità e psicoterapia.

Si è costituita a Madrid l'« Unione di Difesa Medica », che si occuperà d'interessi corporativi e della tutela professionale. In particolare prenderà in esame i seguenti problemi: etica professionale; come accrescere l'efficienza professionale individuale e collettiva; assicurazioni sociali; rapporti dei medici con gli enti ufficiali; cumulo di cariche; servizi medici gratuiti; organizzazione dei consultorî e degli ambulatori, in modo che non siano di pregiudizio alla classe medica; trasformazioni delle società di beneficenza; cause della pletora professionale e mezzi per ovviarvi; come aumentare il prestigio della classe; intruismo (abusivismo) da parte di altre classi sanitarie che dànno consulti e prescrizioni. Il nuovo ente intende completare le azioni del Collegio medico e del Sindacato medico.

L'Associazione della Stampa Medica Belga si è riunita a banchetto il 21 aprile, in Bruxelles, presente il ministro della difesa nazionale, on. A. Devèze, il quale lumeggiò l'importanza dei servizi sanitari nell'esercito durante la pace e durante gli orrori della guerra. Parlò anche il presidente, prof. J. De Smeth. Il dott. L. Mayer, segretario generale, riferì sul Congresso della stampa medica latina, indetto a Parigi per il prossimo ottobre; vennero fatte varie proposte al riguardo. I membri dell'Associazione visitarono, lo stesso giorno, la fabbrica di prodotti farmaceutici dell'« Union Chimique ».

L'Associazione Medica Triestina si è riunita nei giorni 27 marzo, 6, 10 e 13 aprile, sotto la presidenza del prof. Ravasini e del prof. E. Oliani, segretario il dott. P. Donini. Furono fatte comunicazioni dai dottori: prof. E. Freund (tre comunicazioni), M. Ravalico, dott.a G. Barzilai, C. Robba; G. Macchioro, G. Osvaldella; G. Mann, B. Pincherle (due comunicazioni), L. Lovisato; G. de Zono, M. Novak, prof. G. Grandi.

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » si è adunata il 28 marzo e il 18 aprile sotto la presidenza del prof. Cantieri. Alla prima di queste riunioni il prof. G. Torrigiani tenne una conferenza sui « Nuovi metodi di indagine diretta dell'esofago e dello stomaco ». Alla seconda riunione fu fatta una conferenza dal prof. C. Biondi su « L'assicurazione contro la tubercolosi nel quadro delle assicurazioni sociali »; seguì una comunicazione del dott. M. Romagnoli.

Si è tenuto a Salsomaggiore il Convegno medico ginecologico dell'Alta Italia, che ha trattato, tra gli altri temi, quello della sterilità femminile e delle sue cause.

Coordinato ai centri da poco esistenti presso le RR. Cliniche Universitarie di Milano e Torino, diretti rispettivamente dai proff. Alfieri e Cova, sorgerà prestissimo, presso il R. Stabilimento Valentini (intitolato al medico che nel secolo XIX fu un vero pioniere in questo campo), un centro di studio e di cura per la sterilità femminile.

Il Sindacato Provinciale Medico Fascista di Caltanissetta si è adunato l'11 e il 18 marzo sotto la presidenza del dott. Cammarata. Il dott. Zannelli tenne due conferenze, sulla chirurgia della tubercolosi polmonare.

Al corso di malariologia di cui demmo notizia nello scorso numero sono stati invitati a tenere delle conferenze: S. R. Christophers, S. P. James, G. Pittaluga, Ed. Sergent, N. H. Swellengrebel, W. Yorke.

Un breve corso di cultura in malariologia per laureati in medicina e chirurgia è organizzato dal 1° al 30 giugno nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Padova; è integrato dall'Istituto autonomo per la lotta antimalarica nelle tre Venezie; tassa L. 300,50; domande al Rettore.

Un corso di tecnica ematologica e serologica si terrà, presso il Laboratorio d'anatomia patologica dell'Università di Parigi, a partire dal 4 giugno per la durata di 16 giorni; tassa 250 franchi. Rivolgersi alla Segreteria della Facoltà, oppure all'ufficio A. D. R. M. (rue de l'École de Médecine 12, Paris VIe).

Il prof. Gaetano Fichera ha tenuto il 20 aprile una conferenza alla Facoltà medica di Bruxelles, sul tema « Squilibrio oncogeno e organoterapia litica regolatrice dei tumori maligni ».

Il prof. Oscar De Souza, direttore della Clinica Medica di Rio de Janeiro, ha solennemente commemorato nell'Accademia Brasiliana di Scienze il prof. Pietro Castellino. Il compianto Maestro era stato il primo socio onorario straniero di tale Accademia. Per iniziativa della classe medica italiana e brasiliana, sorgerà presto, in San Paulo, nell'avenida Pietro Castellino, strata intitolata al Clinico italiano, un monumento in suo onore.

L'Università di Roma è stata autorizzata ad accettare la donazione di L. 45.424,71, disposta in suo favore per l'istituzione di un premio da intitolarsi al nome di Vittorio Ascoli e da conferirsi, ogni biennio, per concorso, ad un assistente della clinica medica dell'Università stessa.

Il prof. L. Vincini, per onorare la memoria di Augusto Murri, ha donato L. 100.000 all'Ospedale Civile di Rimini, destinandole all'aggiornamento degli strumentari dell'Istituto di Radiologia e Terapia fisica ed all'erezione di un busto del compianto maestro, al cui nome l'istituto stesso dovrà intitolarsi.

Il Comitato per le onoranze alla memoria del prof. Cesare Cattaneo ha donato L. 65.000 all'Università di Milano per l'istituzione di un premio

da conferirsi ogni anno ad un laureato in medicina dell'Università stessa, il quale abbia conseguito la laurea da non oltre 3 anni e presenti lavori a stampa in pediatria.

Il sig. Angelo Pagani ha legato L. 30.000 all'Ospedale civile di Gallarate.

La Cassa di Risparmio di Ravenna, in sede di approvazione del bilancio pel 1934, ha stanziato L. 198.000 per varie opere di beneficenza (Consorzio antitubercolare, Colonie e organizzazioni fasciste giovanili ecc.).

La Cassa di Risparmio di Reggio Emilia ha elargito L. 400.000 a scopo di beneficenza; in parte sono destinate all'Opera Naz. Maternità e Infanzia.

La « Revue Médicale de la Suisse Romande » ha destinato il N. 3 (del 25 marzo) alla memoria del prof. Henri Vulliet, il quale insegnò clinica chirurgica a Losanna, prima come straordinario (dal 1913), poi come ordinario e quale successore di C. Roux (dal 1926); egli è morto il 9 settembre 1932.

Il numero risulta di 292 pagine di testo normale e 20 pagine di annessi; contiene 17 memorie ed ampî cenni biografici sul Vulliet; è corredato di molte figure e di tavole fuori testo, tra cui una che riproduce le sembianze del Maestro.

La direzione de « Lo Sperimentale » è stata assunta dal prof. Bindo De Vecchi. Il periodico continuerà l'indirizzo già seguìto: intende rimanere un valido strumento di diffusione della produzione scientifica italiana, nel campo della biologia normale e patologica. Indirizzo: presso l'Istituto di Anatomia Patologica, via Alfani 33, Firenze.

Si è avviata la pubblicazione di « The Review of Gastroenterology », organo ufficiale della « Society for the Advancement of Gastroenterology ». Reca lavori originali, articoli redattoriali, recensioni di libri e di lavori. È diretto dal dott. Samuel Weiss; sede degli uffici di redazione: Central Park West 146, New York; Casa editrice: The Morland Publishing Co., Lafayette Street 148, New York. L'abbonamento annuo importa dol. 2 negli Stati Uniti e dol. 3 all'Estero.

Il primo fascicolo si presenta in veste artisticamente sobria; consta di un centinaio di pagine.

L'Istituto Farmacoterapico Italiano ha deciso di portare, mediante speciali bolli, un lievissimo aumento (di centesimi 5 e di centesimi 10) ai suoi prodotti speciali e di devolvere l'introito, per tal modo realizzato, alla Cassa Assistenza Sanitari, la quale ha accettato il contributo.

Per la sua stessa tenuità, questo non verrà avvertito dai consumatori; ma in ragione del grande esito delle specialità considerate, esso diverrà cospicuo.

Siamo lieti di additare la provvida e felice iniziativa.

Per iniziativa dell'Associazione medici musicisti italiani, nella sala del R. Conservatorio « G. Verdi » di Milano ha avuto luogo, il 26 aprile, un concerto di musiche composte dai medici, a beneficio della « Casa di riposo del medico ».

Indice alfabetico per materie.

Alcali: azioni . . . . *Pag.* 747
Avvelenamento transcutaneo da nicotina . . . . » 747
Bibliografia . . . . » 744
Blastomicosi brasiliana . . . . » 747
Calcemia e calcibilia provocate . . . . . » 740
Calcio canfosolfonato . . . . » 747
Cisti cerebrali . . . . » 736
Cisti enteroide appendicolare . . . . . . » 750
Colecistectomia: modificazioni consecutive della flora microbica gastro-duodenale . . . . » 738
Cristallino: ricerche . . . . » 746
Dolori emorroidari: trattamento . . . . » 751
Embolie gassose: manifestazioni cerebrali . . . . » 735
Ernia femorale consecutiva ad operazione di ernia inguinale . . . . » 748
Giurisprudenza sanitaria: quesiti di massima . . . . » 753
Intestino: perforaz. da mycosis fungoides . . . . » 749
Ipoglicemia costituzionale spontanea . . » 740
Leonardo da Vinci: studî embriologici . » 746
Leucemia acuta: corpi di Auer . . . . . » 746
Liquido amniotico: glutatione . . . . . » 747
Maternità: tutela della — nelle lavoratrici . . . . » 754
Milza e ricambio . . . . » 745
Miopatie: terapia moderna . . . . *Pag.* 742
Morbo di Hodgkin simultaneo in due gemelli . . . . » 752
Morbo di Kahler . . . . » 733
Neoplasmi: trapianto eterologo . . . . » 745
Nutrizione: valutazione . . . . » 751
Occlusione intestinale da ascaridi . . . » 748
Operazione di Bassini: concetti informativi . . . . » 723
Ossa: fragilità congenita . . . . » 746
Ostruzione del coledoco e ulcera duodenale . . . . » 738
Ostruzione intestinale post-operatoria: trattamento . . . . » 751
Paraplegia spastica: trattam. con gangliectomia simpatica lombare . . . » 736
Pneumotorace spontaneo . . . . » 728
Reazione di Takata-Ara in ammalati d'interesse chirurgico . . . . » 747
Stomaco: tumori benigni . . . . » 748
Tricofitine: valore diagnostico . . . . . » 746
Tubo gastro-intestinale: granulomi infiammatorii . . . . » 749
Ulcere gastriche e intestinali . . . 738, 749, 750
Uova dei polli: passaggio di bacilli tubercolari . . . . » 752
Vescichetta biliare: lambliasi . . . . . » 737
Vie biliari: reflusso di succo pancreatico » 739
Viso umano: i due volti del — . . . . . » 743

C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Avviso ai signori Medici

☛ *La Casa Editrice LUIGI POZZI - Roma*

ha in questi giorni pubblicato:

Prof. LUIGI MAGGIORE Direttore della Clinica Oculistica della R. Università di Genova

Segni, Sintomi e Sindromi oculari nella diagnostica medica generale

Prefazione del Prof. Sen. **NICOLA PENDE**, Clinico Medico di Genova

IL LIBRO È DIVISO IN 5 PARTI:

I. SEMEIOLOGIA E SIGNIFICATO CLINICO DEI DISTURBI DELLA FUNZIONE VISIVA.
II. SEMEIOLOGIA E SIGNIFICATO CLINICO DEI DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ.
III. SEMEIOLOGIA E SIGNIFICATO CLINICO DEI DISTURBI DELLA MOTILITÀ OCULARE DI NATURA NERVOSA.
 1) *DISTURBI DELLA MOTILITÀ PUPILLARE.*
 2) *DISTURBI DELLA MOTILITÀ DEL GLOBO OCULARE.*
 3) *SIGNIFICATO CLINICO DELLE VARIE PARALISI OCULARI.*
IV. SEMEIOLOGIA DELLE VARIE AFFEZIONI OCULARI E LORO SIGNIFICATO NELLA DIAGNOSTICA GENERALE.
V. SEGNI, SINTOMI E SINDROMI OCULARI NELLE MALATTIE GENERALI E NELLE AFFEZIONI DEI VARI ORGANI ED APPARATI.
 1) *IL FATTORE EREDITARIETÀ NELLE MALATTIE OCULARI.*
 2) *GLI OCCHI NEL DETERMINISMO DELLE VARIE FACIES.*
 3) *MANIFESTAZIONI OCULARI NELLE ENDOCRINOSI.*
 4) *DISTURBI VISIVI ED ALTERAZIONI OCULARI NELLE INTOSSICAZIONI.*
 5) *AFFEZ'ONI OCULARI NELLE ALTERAZIONI DEL RICAMBIO E NELLE MALATTIE DA CARENZA.*
 6) *MANIFESTAZIONI CLINICHE OCULARI NELLE MALATTIE INFETTIVE A DECORSO ACUTO E CRONICO.*
 7) *MANIFESTAZIONI OCULARI NELLE AFFEZIONI DELL'APPARATO CARDIO-VASCOLARE E NELLE EMOPATIE.*
 8) *MANIFESTAZIONI OCULARI NELLE AFFEZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE.*
 9) *MANIFESTAZIONI OCULARI NELLE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO.*
 10) *SEGNI, SINTOMI E SINDROMI OCULARI NELLE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO.*
 11) *MANIFESTAZIONI OCULARI NELLE MALATTIE DEL RENE.*
 12) *DISTURBI FUNZIONALI ED ALTERAZIONI OCULARI DI ORIGINE GENITALE NELLA DONNA.*
 13) *SEGNI E SINTOMI OCULARI NELLE AFFEZIONI DELLO SCHELETRO CRANIO-ORBITARIO.*

Riportiamo tre delle 130 figure che illustrano questo interessante libro

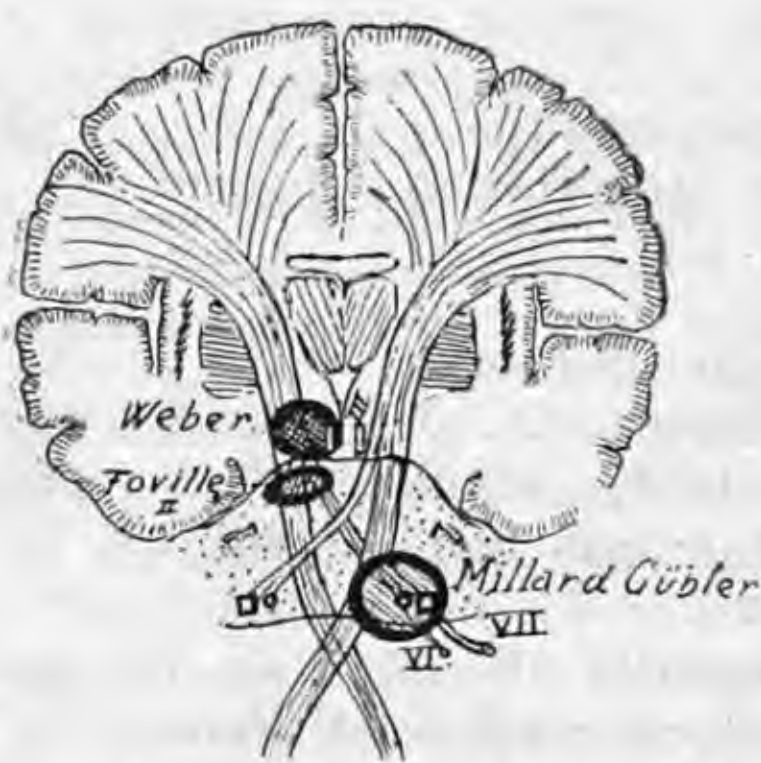



FIG. 38. — Schema per la localizzazione della lesione nelle sindromi di WEBER, MILLARD GUBLER, FOVILLE.

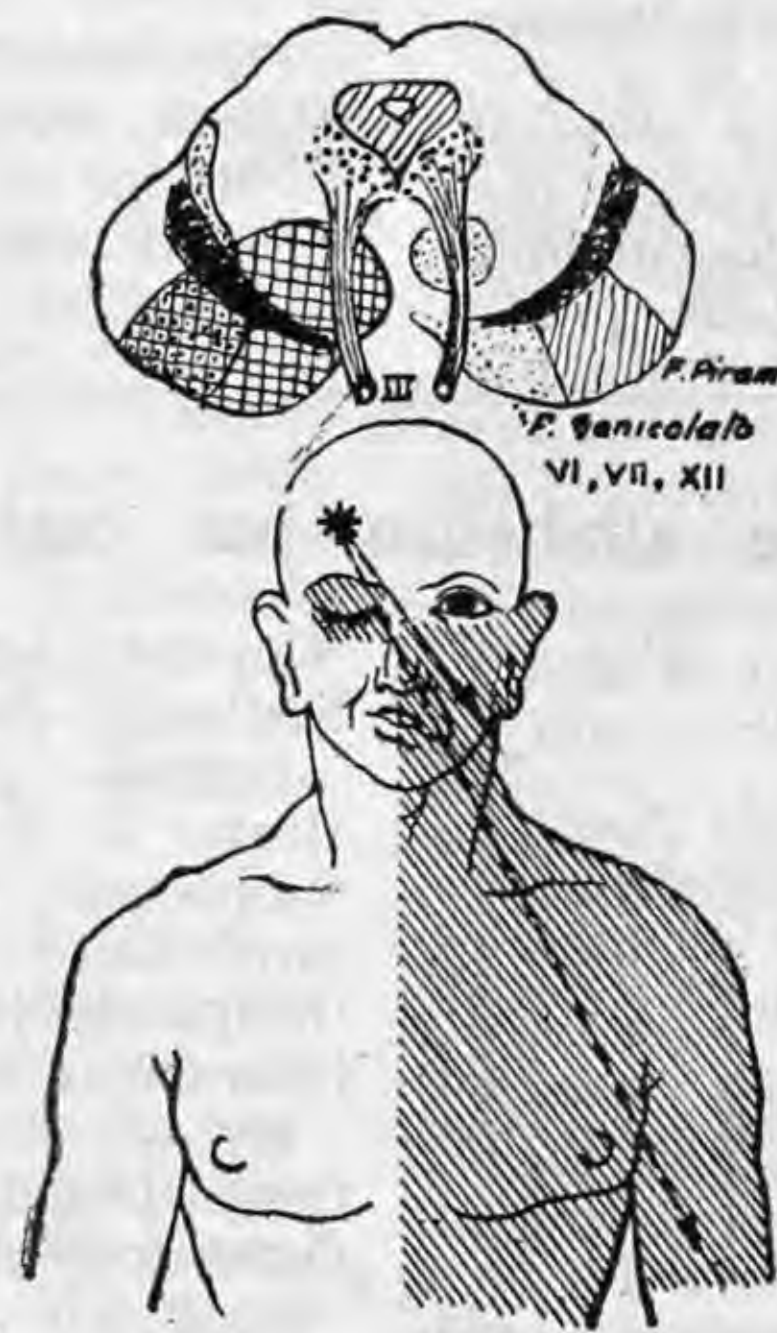



FIG. 39. — Sindrome di WEBER.

FIG. 40. — Sindrome di MILLARD GUBLER.

Volume in-8°, di pagg. XX-328, stampato su carta patinata, in nitidissimi caratteri bodoniani, con 130 bellissime figure nel testo, molte delle quali originali.

Prezzo L. **52** più le spese postali di spedizione.

☛ ***Importante a leggersi:*** Esclusivamente ai Signori Medici abbonati al « Policlinico » il volume è ceduto in Italia per sole L. **35** in porto franco

Per l'estero, alle L. 35, *aggiungere L.* 10 *per le maggiori spese occorrenti per la spedizione raccomandata.*

☛ Il termine utile per fruire di detta *eccezionale facilitazione* scadrà il 30 giugno 1934, tanto per l'Italia e sue Colonie, quanto per l'Estero.

N.B. — Per risparmiare la tassa del *Vaglia*, le predette L. 35 possono essere anche versate, senz'altra spesa, nel nostro Conto corrente Postale N. 1/5945, mediante l'occorrente *Bollettino* che fornisce gratis l'Ufficio di Posta, ma del quale ne includemmo espressamente copia in diversi precedenti fascicoli di questa Sezione Pratica. Sul polizzino del *Vaglia* o del *Bollettino* applicarvi *la fascetta comprovante la qualità di abbonato* al « Policlinico ».

Avvertenza. — Le richieste che gli abbonati ci facessero pervenire altrimenti, non potranno beneficiare della eccezionale riduzione sopramenzionata che, ripetiamo, ***resterà in vigore solamente fino al 30 Giugno 1934.*** Trascorso detto termine il prezzo sarà: per gli abbonati, in Italia, L. 47; per l'Estero, alle L. 47, aggiungere L. 10 causa le maggiori spese occorrenti per la spedizione raccomandata.

I vaglia vanno indirizzati all'editore LUIGI POZZI, Ufficio postale succursale diciotto, Roma.

ANNO XLI Roma, 21 Maggio 1934 - XII Num. 20

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: L. Savagnone: Influenza del calcio sul contenuto in piastrine del sangue.
Osservazioni cliniche: T. Blefari Melazzi: Su due casi di polipo gastrico. — R. Memmi: Un caso di cardiospasmo, esofagite esfoliativa e diverticoli esofagei. — A. Dalla Palma: Considerazioni sopra un caso di diverticoli del digiuno.
Problemi discussi: J. Albert-Weil: Si deve o non si deve combattere la febbre? La medicazione antitermica nella tubercolosi, le febbri tifoidi e alcune altre malattie.
Sunti e rassegne: TISIOLOGIA: G. Paisseau, J. Valtis e F. Van Deinse: Sull'allergia comparata alla tubercolina e ai filtrati di ultravirus tubercolare. — L. Bernard, Pellissier e Silbermann: La radiochimografia in pratica tisiologica. — U. Crosina: L'auroterapia nella tubercolosi polmonare. — V. Cordier e P. Bouquin: L'atelettasia polmonare nel corso delle emottisi. — ANESTESIA CHIRURGICA: Nitzescu e Jacobovici: Un nuovo anestetico basale. — M. Kirschner: Sul problema dell'anestesia. — Schotte: L'efedrina e il carbogeno negli accidenti della rachianestesia. — MISCELLANEA: L. J. Witts: Dati clinici sull'asma. — L. Ferrabouc e A. Jude: Disturbi vaso-motori delle estremità nel corso di malattie digestive. — A. F. Hurst: La cura del parkinsonismo postencefalitico.
L'attualità terapeutica: F. Mignon: Le diastasi tissulari. Fattore opoterapico. — S. Fiandaca: Sulla terapia dell'ascesso polmonare con le onde corte.
Divagazioni: Innesti testicolari da uomo a uomo.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Accademia Pugliese di Scienze. — R. Accademia dei Fisiocritici in Siena. — Società Medico-Chirurgica di Modena.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Un caso di eritro-leucemia con tubercolosi della milza. — Anemie gravi e stenosi intestinale. — L'etiologia della granulocitopenia primaria (angina agranulocitica). — Granulopenia dopo barbiturati e amidopirina. — Neutropenia dopo uso di amidopirina. — Contributo alla conoscenza e alla terapia dell'agranulocitosi. — Il citrato di sodio nell'emofilia. — Sull'applicazione pratica delle proprietà emostatiche della tonsilla. — SEMEIOTICA: Il dolore di origine ureterale. — VARIA.
Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Servizi igienico-sanitari. — Cronaca del movimento corporativo. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto dal prof. SEBASTIANO LA FRANCA.

Influenza del calcio sul contenuto in piastrine del sangue

per il dott. LUCIO SAVAGNONE, ass. volontario.

In precedenti mie ricerche — allo scopo di poter spiegare l'azione coagulante da molti autori attribuita al calcio — mi occupai dell'influenza che tale elemento potesse eventualmente esercitare sul contenuto in fibrinogeno del sangue e sono pervenuto alla conclusione — in rapporto al quantitativo di fibrinogeno — che una somministrazione di calcio più o meno intensa non influenza per nulla il meccanismo della coagulazione stessa.

Mi è sembrato adesso degno di considerazione estendere tali ricerche alle piastrine proponendomi di studiare il loro comportamento in rapporto ad una somministrazione calcica, allo scopo di chiarire se il calcio intervenga attivamente nel fenomeno della coagulazione del sangue attraverso modificazioni quantitative delle piastrine stesse.

Come le piastrine siano legate al complicato processo della coagulazione del sangue, non si può con sicurezza spiegare. Secondo i seguaci della teoria enzimatica della coagulazione del sangue, alle piastrine spetterebbe in tale fenomeno una parte preponderante, poichè il loro disfacimento nel sangue stravasato darebbe luogo alla trombochinasi: il fermento che trasforma il trombogeno in trombina; quest'ultima poi trasformerebbe — in presenza dei sali di calcio — il fibrinogeno in fibrina, determinando la coagulazione stessa.

Per coloro invece che ammettono una natura colloido-chimica di tale fenomeno, le piastrine avrebbero soltanto azioni indirette e secondarie, pur intervenendo sicuramente. È da ricordare ancora come le piastrine abbiano parte importante nei processi di trombosi.

Ma, qualunque parte spetti a tali elementi nel processo della coagulazione, può anche ammettersi che essa sia, molto probabilmente,

in rapporto col loro modo di formazione e che la soluzione del problema della piastrinogenesi possa forse portare qualche contributo a spiegare il meccanismo d'azione esercitata dalle piastrine stesse nel processo di formazione del coagulo.

Non è qui il caso di riassumere le varie ipotesi che si sono avvicendate circa l'origine delle piastrine; basti solo accennare come siano stati indicati quali progenitori di tali elementi ora i globuli rossi, ora i megacariociti, ora i leucociti e perfino secondo le recenti concezioni del Pianese gli elementi reticolo endoteliali dei vasi.

Secondo recenti ricerche poi compiute dallo Stockinger le piastrine deriverebbero dai leucociti per un processo di eliminazione cellulare; potè infatti questo autore osservare, esaminando i leucociti in varie fasi di sviluppo e di attività funzionale e ricorrendo anche all'azione leucopenizzante dell'insulina, come si formassero in un primo tempo, in seno ai leucociti stessi, dei vacuoli e che poi in seguito venissero eliminati, sotto forma di piccole gocce, degli elementi che l'autore non esita per i caratteri presentati a indicare come piastrine.

Qualunque sia pertanto l'origine delle piastrine un punto certo rimane assodato: trattarsi cioè non già di entità morfologiche per sè stanti, ma di elementi cellulari di provenienza forse diversa dotati però di indiscusse proprietà funzionali, che entrano in giuoco nel complesso fenomeno della coagulazione del sangue.

La disparità poi di reperti trovati da vari autori e con metodi diversi circa il loro numero fisiologico sottoposto, come è, a non piccole oscillazioni, va forse attribuita alla mancanza di un metodo di indagine unitario da un canto, all'estrema labilità di tali elementi dall'altro.

Differenze invero notevoli sono ad esempio state notate tra i cómputi eseguiti con il metodo di Fonio, in cui si procede, com'è noto, al conteggio delle piastrine su striscio opportunamente colorato e quelli di Lampert che si avvale della camera di Thoma Zeiss. Il Behr che da recente si è occupato del problema del conteggio delle piastrine, da lui messo giustamente in rapporto con quello della piastrinogenesi, dà di tale discordanza di reperti un'acuta spiegazione, ammettendo che con il metodo di Lampert vengono contate come piastrine quelle tali formazioni di origine leucocitaria — dallo Stockinger già studiate — mentre con il metodo di Fonio non vengono prese in considerazione. Behr si mostra incline a seguire per il conteggio delle piastrine il metodo di colorazione sopravitale, che, concordando approssimativamente con quello di Fonio circa i valori trovati, possiederebbe su quest'ultimo il vantaggio notevole di fornire preparati di maggior chiarezza e con minor impiego di tempo.

Tuttavia, tenendo presente l'estrema labilità delle piastrine così facilmente soggette ad alterarsi e ad agglutinarsi, i metodi basati sul conteggio in camere apposite vanno preferiti a quelli che ricorrono allo striscio, in quanto che, rispettando di più la delicata struttura delle piastrine, permettono di eseguire un conteggio più esatto e un criterio più preciso di studio.

Tenendo conto poi delle difficoltà di tecnica che il prelevamento del sangue esige per evitare l'agglutinarsi delle piastrine — difficoltà a cui moltissimi metodi non possono ovviare — ho voluto in queste mie ricerche attenermi al metodo recentemente proposto dal Barbieri.

La soluzione anticoagulante proposta dal Barbieri è la seguente:

Acqua dist.: gr. 50, citrato sodico gr. 1, cloruro sodico gr. 0,45, solfato di magnesio gr. 2, formalina gr. 1, bleu di metilene gocce 2.

Per il prelevamento del sangue egli propone di aspirare in un primo tempo fino al segno 0,5 della pipetta il liquido in questione; poi, sempre fino a 0,5, il sangue del paziente ed infine di nuovo la soluzione anticoagulante fino al segno 11, allo scopo di mantenere la colonnina di sangue tra due strati di detta soluzione.

Tale procedimento mentre offre la possibilità di procedere parallelamente al conteggio dei globuli rossi e delle piastrine, in modo da desumere il valore di queste ultime da quello dei globuli rossi trovato per mmc. di sangue, risponde bene allo scopo prefisso di eseguire dei conteggi praticamente facili e di notevole esattezza.

*
* *

Ho condotto le mie ricerche seguendo le variazioni numeriche delle piastrine (determinate col metodo sopra indicato) in rapporto alla somministrazione del calcio, in modo da osservare se l'azione coagulante da molti clinici e studiosi attribuita al calcio potesse mettersi in rapporto con un eventuale aumento delle piastrine stesse provocato da una terapia calcica. Il preparato di cui mi son servito è stato il gluconato di calcio nella dose di 10 cc. pro die. Ho proceduto nella maniera seguente:

In 10 malati affetti da varie forme di tubercolosi polmonare (scelti a preferenza tra quelli emoftoici) ho proceduto dapprima ad una determinazione preventiva del numero delle pia-

strine, eseguendola in ognuno di essi due, tre volte, in modo da ottenere — attraverso le variazioni fisiologiche del numero — un valore medio che mi potesse servire come punto di partenza.

Tali valori variavano da individuo a individuo oscillando tra i 200.000 e i 400.000.

Ho in seguito sottoposto gli infermi ad una terapia calcica intensiva per via endovenosa ricercando le variazioni numeriche delle piastrine a partire da ogni singola iniezione.

In ogni soggetto ho proceduto ad una preliminare determinazione prima dell'iniezione e ad una seconda un'ora dopo la iniezione stessa; per potere poi controllare gli effetti e la durata di una eventuale azione modificatrice del calcio sul numero delle piastrine ho eseguito un ulteriore conteggio a varie ore di distanza dall'iniezione, ed infine delle determinazioni a cura ultimata per mettere in rapporto i valori trovati con quelli iniziali. La mia ricerca veniva ad affrontare una duplice questione: se cioè il calcio introdotto per via endovenosa apportasse delle modificazioni immediate sul numero delle piastrine e se una cura calcica a lungo protratta potesse determinare delle variazioni numeriche permanenti sulle piastrine stesse.

Riporto nelle seguenti tabelle i valori ottenuti:

Tabella I.

Numero	Nome degli infermi	Diagnosi	Globuli rossi (media di 3 determinazioni)	Piastrine				Osservazioni (aumento massimo in piastrine registrato 1 ora dopo l'iniezione)
				Valore medio di 3 determinazioni	Valori presi prima della iniezione	Valori presi 1 ora dopo	Valori presi 5 ore dopo	
1	G. D.	Sclerosi biapicale	4.500.000	380.000	360.000	390.000	370.000	30.000
					400.000	480.000	425.000	80.000
2	A. G	Infiltrazione ilare S. con emoftoe	4.600 000	225 000	230.000	365.000	245.000	135.000
					260.000	360.000	280.000	100.000
3	A. C.	Fibro-caseosi lobo sup.	5.150.000	370.000	375.000	465.000	400.000	90.000
					380.000	450.000	405.000	70.000
					365 000	415.000	365.000	50.000
4	S. S.	Infiltro ilare e peri-ilare S.	4.725.000	375.000	380.000	520.000	415.000	140.000
					370.000	475.000	385.000	105.000
5	L. S	Lobite sin. lobo sup.	5.010.000	410.000	410.000	455.000	420.000	45.000
					420.000	485.000	445.000	65.000
6	F. G	Caseosi del lobo inferiore S.; emottisi	4.000.000	340.000	335.000	485.000	355.000	150.000
					350.000	495.000	360 000	135.000
7	G. O.	Sclerosi apicale sinistra	5.000.000	360.000	370.000	435.000	375.000	65.000
					355.000	470.000	355.000	115.000
8	A. N.	Ulcero-caseosi del lobo superiore destro; emottisi	4 250.000	330.000	315.000	430.000	330.000	115 000
					350.000	440 000	365.000	90.000
9	N. L.	Bronchite t.b.c. cronica	4.900 000	280.000	275.000	330.000	275.000	55.000
					290.000	330.000	295.000	40.000
10	B. R.	Infiltro ilare destro (emoftoe)	5.000.000	300.000	290.000	345.000	300.000	55.000
					310.000	350.000	310.000	40.000

TABELLA II.

Num. degli infermi	Piastrine (media di 3 determinazioni)	Numero delle iniezioni fatte	Valore delle piastrine a cura finita	Osservazioni Differenza in aumento (+) o in diminuzione (—) tra i valori determinati prima e dopo la cura
1	380.000	28	400.000	(+) 20.000
2	225.000	26	260.000	(+) 35.000
3	370.000	28	360.000	(—) 10.000
4	375 000	30	365.000	(—) 10.000
5	410.000	28	420.000	(+) 10.000
6	340.000	26	350.000	(+) 10.000
7	360.000	26	355 000	(—) 5.000
8	330.000	30	345.000	(+) 15.000
9	280.000	30	280 000	—
10	300 000	30	285.000	(—) 15.000

Dai valori riportati nelle superiori tabelle risulta che il contenuto in piastrine del sangue subisce un effettivo aumento registrato un'ora dopo l'iniezione, aumento che risulta però transitorio e fugace, in quanto che il valore rilevato a 5-6 ore di distanza si avvicina molto al valore primitivo fino talvolta a concordare con esso.

Tale piastrinemia transitoria varia a seconda del soggetto con modalità che sono legate a fattori individuali.

Confrontando intanto i valori ottenuti prima e dopo tutto il periodo di trattamento si trovano differenze minime ora in aumento ora in diminuzione che non oltrepassano di certo la soglia delle comuni variazioni fisiologiche e che sono legate a condizioni speciali organiche e funzionali.

Ciò potrebbe fare ritenere che il calcio può — con molta probabilità — esercitare sul sistema emopoietico delicati stimoli di natura forse fisico-chimica tali cioè da potere orientare l'equilibrio colloidale del plasma sanguigno verso una serie di fenomeni di cui la piastrinemia possa considerarsi come una delle manifestazioni; ma tale azione stimolante sulla piastrinogenesi sarebbe del tutto transitoria e tale da non potere apportare un permanente aumento delle piastrine stesse.

In base ai risultati ottenuti non pare pertanto presumibile che il Calcio possa favorire il processo di coagulazione del sangue mediante un aumento delle piastrine essendo tale fenomeno oltre che di breve durata (di solito non oltrepassante le 5-6 ore dall'iniezione endovenosa) non più riscontrabile dopo un trattamento intenso ed a lungo protratto (per un mese circa con iniezioni endovenose di 10 cc. di Gluconato di Ca. *pro die*).

Ciò concorda con i risultati ottenuti nelle mie precedenti ricerche nelle quali, come ho riferito, non ho riscontrato che il Ca influenzi il contenuto in fibrinogeno del sangue.

Tuttavia può sorgere il dubbio che negli ammalati di tubercolosi in periodo emoftoico siano disturbati più o meno profondamente i congegni sui quali sorge e si svolge il complesso meccanismo della coagulazione del sangue, fra i quali quello della piastrinogenesi. Un tale problema può essere risoluto con una serie numerosa di osservazioni ripetute in individui a crasi sanguigna normale ed in altri affetti da diverse forme morbose in cui è turbato il processo di coagulazione, e questo potrebbe essere argomento di ulteriori ricerche.

RIASSUNTO.

L'A. allo scopo di chiarire se il calcio intervenga attivamente nel fenomeno della coagulazione, ha studiato le modificazioni quantitative — immediate e definitive — delle piastrine nella calcioterapia ed ha notato, in 10 tubercolotici, un aumento transitorio (non oltre le cinque ore) delle piastrine e nessuna variazione permanente dopo un mese di cura intensiva endovenosa. Tali risultati raffronta con quelli di un suo precedente lavoro, nel quale constatò che il Ca non esercita alcuna influenza sul contenuto in fibrinogeno del sangue.

BIBLIOGRAFIA.

BARBIERI D. *Nuovo metodo di conteggio delle piastrine.* Diagnostica e tecnica di Laboratorio, gennaio 1931.

BEHR C. H. *Misurazioni delle piastrine secondo i vari metodi di conteggio. Contributo al problema della piastrinogenesi.* Klin. Wschr., n. 45, novembre 1933.

SAVAGNONE LUCIO. *Influenza del calcio sul contenuto in fibrinogeno del sangue.* Riv. San. Siciliana, n. 12, 1933.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI RADIOLOGIA DELLA R. UNIVERSITÀ E DEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.

Direttore: prof. A. BUSI;
primario: prof. U. NUVOLI.

Su due casi di polipo gastrico

per il dott. TEOFILO BLEFARI-MELAZZI, aiuto v.

Questa mia breve comunicazione su due casi di polipo gastrico vuole soltanto ricordare la iconografia di alcuni tumori benigni dello stomaco più facilmente riconoscibili e meglio differenziabili per le particolarità morfologiche che li distinguono.

CASO I. — C. G., anni 51, donna di casa; nulla nel gentilizio. Menopausa da due anni. Itterizia a 10 anni per 15 giorni. Tifo a 36 anni. A 40 anni polmonite.

Da 15 anni circa accusa dolori epigastrici insorgenti prima ad intervalli, ma da un anno sono continui, a carattere puntorio, con esacerbazione un'ora dopo i pasti, non irradiazioni. A volte dolori a digiuno che si calmano se ingerisce cibo, per acuirsi più tardi.

I cibi solidi rendono più vivo il dolore.

Spesso vomito misto a materiale alimentare. Una volta sola due mesi or sono ematemesi. Spesso acidità ed eruttazioni dopo i pasti.

Nota dimagramento da qualche anno, ma la paziente l'attribuisce al fatto che mangia poco per evitare l'insorgenza di dolori.

Alvo normale; soffre di emorroidi in atto.

E. O. Evidente stato di anemia; nutrizione alquanto scaduta, dolore alla palpazione dell'epigastrio.

Null'altro di notevole.

FIG. 1. — Piccolo polipo della regione antrale (conferma operatoria).

Non è stato eseguito l'esame delle feci perchè la paziente è sofferente di emorroidi.

Esame del succo gastrico: acido cloridrico libero assente, acidità totale 35. Acido lattico presente; sangue assente.

L'indagine radiologica dell'apparato digerente mostra nella regione antrale in vicinanza del piloro un difetto di riempimento di forma rotonda a contorni nettissimi della grandezza di una piccola nocciola (fig. 1).

La peristalsi, le pliche, il profilo, la mobilità ed il tempo di vuotamento gastrico sono normali.

Si avanza l'ipotesi che si tratti di un polipo gastrico.

Reperto operatorio (dott. Ciancarelli, aiuto del I Padiglione al Policlinico): Anestesia della parete e dei meso. Si palpa una piccola tumefazione della grandezza di una nocciola, mobile nella regione antrale a breve distanza dal piloro.

Si pratica la resezione gastrica. Il pezzo mostra una tumefazione grande quanto una piccola ciliegia, fornita di un breve peduncolo, di consistenza molle elastica, di colorito rosso-carne, nella regione antrale là dove era stata localizzata radiologicamente (fig. 2).

Il reperto istologico (Istituto di Anatomia Patologica della R. Università) ha riscontrato un polipo adenomatoso.

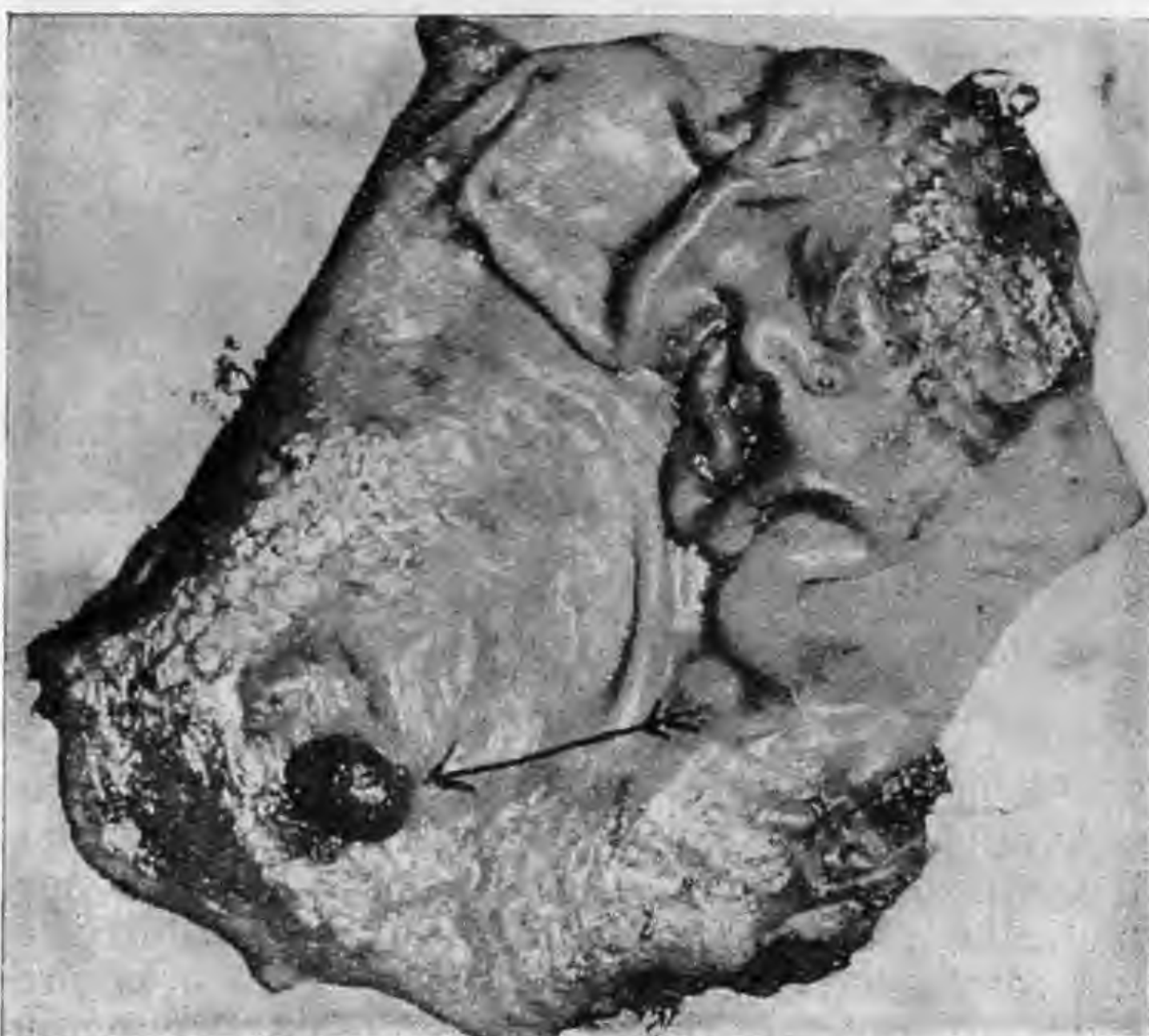



FIG. 2. — Fotografia del pezzo. Lo stesso caso di polipo gastrico della fig. 1.

CASO II. — P. D., da Vetralla, contadino, a. 35. Modico fumatore e bevitore, nega lue. In passato non malattie degne di nota.

Da tre anni circa soffre modici dolori nella regione sottombelicale, insorgenti tre, quattro ore dopo i pasti, con eruttazioni acide e vomito di liquido di sapore amaro. Non ha mai vomitato gli alimenti ingeriti. Tali disturbi, da prima intervallati da periodi di benessere di uno, due mesi, ora sono più frequenti.

Non ematemesi, nè melena. Appetito, alvo, minzione normale.

E. O. Condizioni generali buone. Colorito roseo, lingua impaniata umida; polso 68, uguale, ritmico, di media pressione.

Torace e cuore: nulla di notevole.

Addome normale per forma e volume, trattabile e indolente. Fegato e milza nei limiti.

L'indagine radiologica dell'apparato digerente mostra nella regione antrale, su parecchi radiogrammi, un difetto di riempimento della forma e grandezza di una moneta di un centimetro di diametro a contorni nettissimi (fig. 3). Detta immagine rotonda si sposta verso sinistra nella regione del corpo gastrico, costantemente accompagnata da un difetto lineare che si origina nella regione antrale e segue l'immagine lacunare rotonda nei suoi spostamenti.

Tale aspetto fa avanzare l'ipotesi che si tratti di un polipo gastrico peduncolato, dato le sue caratteristiche morfologiche, la mobilità entro il viscere e la immagine satellite del difetto lineare dovuto verosimilmente alla impronta del peduncolo (fig. 4).

FIG. 3. — Altro caso. Polipo della regione antrale dello stomaco presso la grande curvatura.

Avvalorano tale ipotesi la mobilità, la peristalsi, il profilo ed il tempo di vuotamento gastrico normali. Le pliche mucose non appaiono interrotte, ma con aspetto ipertrofico; questo dato e la presenza di notevole quantità di muco depongono per una concomitante gastrite.

Il malato si è rifiutato all'intervento operatorio.

Brevi considerazioni. — I due casi da me citati di polipo gastrico (dico polipo perchè pare che essi siano fra i tumori benigni dello stomaco i più frequenti, e perchè sotto questo termine che esprime solo una caratteristica morfologica sono compresi tumori di origine e struttura diversa), dimostrano all'evidenza che la diagnosi radiologica non è nè ardua, nè poi tanto difficile, come si legge in alcuni lavori anche recenti.

Certo non è possibile fare la diagnosi di polipo, anche se discretamente sviluppato, qualora si esamini il malato solo per breve tempo ed a stomaco ripieno..., ma occorre tener presente alcuni accorgimenti di tecnica, mai trascurare la compressione dosata, aspettare che lo stomaco si vuoti in parte, e valersi delle proiezioni più adatte.

Posso dire per mia esperienza, che non pochi casi di cancro dello stomaco, a sede parietale, assolutamente sfuggiti a riempimento completo e medio del viscere, ho potuto riconoscerli a stomaco quasi vuoto, dopo oltre una ora dalla somministrazione del pasto opaco, per la disorganizzazione delle pliche e per la presenza di piccole aree lacunari. Da questi insegnamenti bisognerebbe trarre la norma di eseguire sistematicamente l'esame a piccolo riempimento dello stomaco in tutti i pazienti con sindrome clinica gastro-duodenale in cui l'indagine a grande riempimento sia riuscita negativa e vi siano serî motivi clinici per ammettere una lesione organica.

FIG. 4. — Lo stesso caso della fig. 3. Il polipo è mobile entro lo stomaco ed è fornito di un peduncolo: il difetto di riempimento rotondo (*a*) si è spostato più verso il corpo gastrico e verso la piccola curva seguìto dal difetto lineare (*b*) dovuto verosimilmente al peduncolo.

Generalmente il polipo è unico, di grandezza varia, dai più piccoli delle dimensioni di una ciliegia, possono raggiungere quelle di una prugna. Più raramente sono multipli. Sede di predilezione è la regione piloro-antrale più spesso posti sulle pareti del viscere, ma non di rado sulla grande curvatura. La loro super-

ficie è liscia o villosa, crescendo di volume, possono assumere un aspetto mammellonato. Sono sessili o peduncolati, e in questo caso mobili. Questo ultimo particolare spiega le crisi subocclusive per incuneamento nel piloro; perciò sono state anche descritte intussescezioni gastro-gastriche e gastro-duodenali.

Si distinguono istologicamente in forme connettivali e forme adenomatose.

Taciamo dei lipomi, fibromi, (più facilmente ulcerabili), neurinomi, gliomi, emangiomi, cisti gastriche ecc., perchè non è nel nostro compito occuparci in extenso dei tumori benigni dello stomaco, e passiamo alle caratteristiche radiologiche dei polipi gastrici.

Si rivelano come un difetto di riempimento rotondo a contorni netti, a stampo, entro la cavità del viscere; se il polipo è peduncolato l'immagine lacunare subisce spostamenti di sede, in tal caso può rendersi visibile un difetto lineare che rappresenta l'impronta del peduncolo che segue l'immagine lacunare rotonda del polipo.

Talvolta se il polipo è sessile, a larga base di impianto, ed ha contorni policiclici, mammellonati ed è ulcerato, sarà difficile la diagnosi differenziale con le neoplasie maligne. Varranno in tal caso altri segni radiologici che assumono un grande valore nei casi dubbi:

1) Le pliche gastriche normali nella poliposi, sono irregolarissime e disorganizzate nel cancro dello stomaco.

2) La peristalsi assente come è noto a livello della parete gastrica infiltrata dal carcinoma, è invece presente e bene evidente nel polipo, come lo dimostrano appieno i radiogrammi in serie nei casi da me studiati.

3) Il profilo gastrico è quasi sempre alterato nei carcinomi, in quanto essi hanno come sede di predilezione le due curve, mentre i tumori benigni che hanno sede parietale non deformano il profilo gastrico, ed anche se il polipo è impiantato sulla grande curvatura, come non di rado accade, il difetto concavo da essi prodotto è netto, ben delimitato e non frastagliato come si ha nei cancri della stessa sede.

4) La mobilità passiva gastrica è normale nel polipo, mentre è ridotta nei cancri, specie se sono infiltrati gli epiploon e la sierosa, e se concomitano processi ulcerativi flogistici.

5) Il tempo di vuotamento normale o lievemente ridotto nel polipo, a meno che non abbia sede presso il canale pilorico e ne occluda il lume, è invece accelerato nei cancri scirrosi per insufficienza pilorica, e ritardato nei cancri a sede antrale o pilorica, sia perchè riducono in parte il lume dello sfintere, sia perchè la muscolatura antrale infiltrata dà segni di insufficienza motoria.

6) Il cancro nodulare dà lacune più o meno estese a contorni frastagliati, mentre i polipi multipli dànno aree lacunari a contorni netti. I sarcomi multipli dello stomaco sono un'eccezione; essi possono dare immagini lacunari a limiti piuttosto netti, ma anche per questi esiste come criterio differenziale una disorganizzazione delle pliche.

La poliposi gastrica diffusa si presenta con un aspetto a spugna se lo stomaco è parzialmente ripieno, come un graticcio a grosse maglie, a piccolo riempimento, che può confondersi con la gastrite ipertrofica. Per questa analogia da alcuni è stata prospettata l'ipotesi dell'origine infiammatoria dei polipi. Peraltro sembra confermato che i polipi dello stomaco si accompagnino ad uno stato gastritico.

Nei polipi peduncolati l'immagine lacunare si vedrà spostare seguita dall'ombra satellite del peduncolo nei cambiamenti di posizione del soggetto e dietro acconcie manovre di compressione sul corpo gastrico. (Vedi II° caso da me citato).

Recentemente Béclère e Duval hanno attuato l'insufflazione dello stomaco per lo studio radiologico di detti tumori. L'insufflazione mostra la massa neoformata che fa rilievo nella cavità gastrica e la sua base d'impianto sulla parete dello stomaco.

Sintomi clinici. — Sono quanto mai vaghi, e non possono fornire alcun orientamento diagnostico preciso. Dai semplici disturbi dispeptici a disturbi subbiettivi ed obbiettivi salienti quali: anemia, decadimento organico perchè il p. si astiene dal cibo onde evitare le sofferenze, senso di peso, dolore epigastrico specie durante la digestione di cibi solidi, ematemesi e melena, acidità e perfino crisi subocclusive se il polipo è peduncolato ed occlude lo sfintere pilorico, dolore alla palpazione dell'epigastrio, che però spesso manca.

Il lungo decorso della malattia e lo stato generale in genere ben conservato sono i soli dati clinici, non sempre presenti, che possiamo utilizzare in armonia con i segni radiologici citati a conforto della diagnosi di tumore benigno dello stomaco, che può solo radiologicamente essere posta con sicurezza se l'indagine fu condotta con diligenza e con tecnica corretta.

RIASSUNTO.

L'A. comunica due casi di polipo gastrico diagnosticati radiologicamente e ne illustra la iconografia e la semeiologia radiologica.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO - ROMA
II SEZIONE.
Medico primario: Dott. F. BIGNAMI.

Un caso di cardiospasmo, esofagite esfoliativa e diverticoli esofagei

per il dott. RENATO MEMMI, assistente.

Ho trovato nella letteratura solo nove casi di esofagite esfoliativa o dissecante superficiale.

Credo perciò utile render noto il presente caso clinico, sia per la scarsa frequenza dell'affezione, sia perchè si discosta un po' dai casi finora descritti per le manifestazioni cliniche che l'accompagnano.

Il cardiospasmo nel caso nostro ha dominato tutta la sintomatologia, all'esofagite sono da riferire pochi o nessun disturbo. Radiologicamente sono stati trovati due diverticoli piccoli a carico dell'esofago: a livello dell'incrocio col bronco sin. e a circa 8 cm. dall'hiatus diaframmatico.

Esamineremo i rapporti tra le diverse affezioni: a noi sembrano indubbi quelli tra cardiospasmo ed esofagite esfoliativa, rapporti non messi in evidenza sia nei casi, in precedenza riferiti, di esofagite esfoliativa, nè nelle descrizioni, ormai classiche, del cardiospasmo.

In un caso di esofagite esfoliativa è stata descritta nella sintomatologia la stenosi dell'esofago (Reichmann); mantenuta però da un meccanismo ben diverso, da quello citato nel cardiospasmo. Fra le conseguenze di questa sindrome, Kauffmann accenna che « in casi di stenosi spastica a causa del ristagno del cibo, si produce un catarro cronico » differente dalla « desquamazione totale di tutto il rivestimento epiteliale dell'esofago » rinvenuta nel nostro caso, che riveste il carattere assegnato alla esofagite esfoliativa o dissecante superficiale.

L'eliminazione della mucosa parziale o totale dell'esofago, che avviene in seguito a ingestione di alcali o di acidi o per infiltrazione purulenta della sottomucosa, importa « l'espulsione di cilindri di mucosa mortificata » (esofagite dissecante profonda).

L'etiologia e la patogenesi dell'esofagite esfoliativa, come esamineremo dal riscontro dei casi descritti nella letteratura, restano oscure.

Gli AA. (Birch-Hirschfeld, Reichmann, Rosemberg, Sclavunos, Strauss, Stern, Streit, Köcklin, Kauffmann) che si sono in precedenza occupati dell'argomento, hanno trovato coesistere con l'espulsione di lembi mucosi, manifestazioni morbose varie, ma sempre hanno creduto di indicare una genesi infiammatoria, donde la nomenclatura. Il reperto istologico del pezzo eliminato, ha rivelato solo in alcuni casi segni di flogosi, in altri l'epitelio non differiva da quello normale.

BIRCH-HIRSCHFELD aveva descritto nel 1887 il primo caso: Si trattava di una donna isterica che febbricitava, aveva dolori al collo, e difficoltà nella deglutizione. In terza giornata di malattia col rigurgito emetteva una membrana, lunga 20 cm., che in superficie era composta di epitelio normale, e in profondità era infiltrata di elementi rotondo-cellulari. L'A. attribuiva alla flogosi sottoepiteliale a tipo suppurativo il distacco della mucosa.

CASO DI REICHMANN: Paz. di anni 33. Da 10 anni soffriva a periodi di dolori leggeri e disfagia. Improvvisamente mangiando carne, aveva avvertito arresto del bolo, cui aveva seguito una stenosi serrata con impossibilità a deglutire sia cibi solidi che liquidi. I tentativi di deglutizione erano seguiti da soffocazione e rigurgito. Dopo cinque giorni, pur persistendo le condizioni anzidette riguardo al transito dei cibi, rigurgito di una membrana, di cui non erano descritte le dimensioni. Fu passata una sonda, che si arrestava al 3° inferiore; avendo insistito un po', si era riesciti a passare ed a ristabilire il transito del cibo; per quanto il passaggio si accompagnasse a un po' di fastidio. A distanza di alcuni giorni il paz. emetteva dal retto una membrana, uguale a quella rigurgitata, della grandezza di circa 100 cm² e 1/8 di mm. di spessore, di colore grigio-marrone, con solchi longitudinali, in cui l'esame istologico metteva in evidenza strati di epitelio piatto, formato da cellule grandi con grosso nucleo, difficilmente colorabili, dall'A. attribuita all'esofago, quale esito di un processo desquamativo. La formazione membranosa, secondo l'A. sarebbe dovuta al fatto che la flogosi, oltre alla iperplasia cellulare, avrebbe determinato aumento di sostanza cementante, che avrebbe contribuito a fondere le masse epiteliali desquamanti in forma di membrana. Paragona il processo ad una cheratinizzazione progredita. La stenosi sarebbe dovuta alla presenza di tali membrane, cui si verrebbe ad aggiungere il fattore dinamico, per cui la *muscolaris mucosae* entrava in spasmo nella regione malata, determinandone in definitiva il distacco.

CASO DI ROSEMBERG: Paz. di anni 20, sofferente da due anni durante l'introduzione di cibi; per cui assumeva solo liquidi, che inghiottiva con precauzione. I disturbi, pur attraverso remissioni, aumentavano. Una volta, dopo conati di vomito, aveva emesso una membrana, di forma tubolare, striata esternamente di sangue, lunga 18 cm. e larga 2 cm. e mezzo, di spessore variabile (in mezzo 1 mm., a un estremo 3 mm.).

Microscopicamente l'A. descriveva cinque strati: 1) uno strato con grande cellule piatte, provviste di nucleo ovale; 2) uno strato di fibre sottili, con granuli tra le fibrille (da ricordare la fibrina coagulata con inclusione di leucociti); 3) uno strato composto di masse di cellule corneificate, senza nuclei, poco colorabili, situate in modo da simulare le perle epiteliali dei cancroidi; 4) uno strato di infiltrazione leucocitaria, ben colorabile; 5) uno strato con grandi cellule epiteliali.

Questi differenti strati rivelavano una distribuzione incostante; in alcuni tratti prevaleva lo strato epiteliale; nelle zone più spesse prevalevano le immagini a tipo di perle epiteliali.

L'A. discuteva il significato di queste formazioni; cui, non essendo esclusive di processi neoplastici, ma potendo trovarsi anche nei processi flogistici, e ad es. il vaiuolo, non annetteva alcunchè di particolare.

CASO DI SCLAVUNOS: Paziente di anni 25, bevitore. In seguito a vomito di sangue, un sanitario aveva trovato sporgente nel retrobocca una membrana tubolare di 15 cm. di lunghezza, l'aveva tagliata e mandata per un esame istologico. Il paz. non aveva avuto alcun disturbo e in capo a cinque giorni era guarito.

La membrana all'esterno era liscia, all'interno a tratti era ricoperta da fibrina.

All'esame istologico, veniva nettamente costatata la presenza degli strati superficiali e profondi della mucosa esofagea con depositi fibrinosi. A forte ingrandimento, le cellule situate più profondamente mostravano un nucleo ingrossato (degenerazione idropica). Fra le cellule erano depositi leucocitari in modico numero.

In superficie gli strati non differivano da quelli della mucosa normale; le cellule però contenevano eleidina, al quale reperto, dall'A. riscontrato più volte nell'uomo, non va data importanza. Negli animali il reperto è assai frequente.

Al disotto dell'epitelio vi era disposta sostanza filamentosa, granulare con leucociti.

L'A. interpretava le formazioni epiteliali descritte da Rosemberg a tipo di perle, come artificio della sezione microscopica.

Ricostruiva così il processo: degenerazione primaria dell'epitelio ed essudazione vasale, che scollava e distaccava l'epitelio stesso, provocandone la caduta.

CASO DI STRAUSS: Nella descrizione di un caso, in cui si era avuta l'espulsione di tutta la mucosa dell'esofago per avvelenamento l'A. citava quello di una donna di 47 anni, itterica, caduto sotto la sua osservazione, che col vomito aveva emesso dei pezzi di membrana (il pezzo più grande misurava 8 cm. di lunghezza per cm. 3 e mezzo di larghezza), che l'esame istologico ammetteva trattarsi di cellule epiteliali piatte con nucleo e protoplasma ben conservato. L'A. rapportava tale episodio ad ingestione probabile di sostanze tossiche a scopo abortivo.

STERN nel caso da lui descritto non mancò di rilevare oltre alle cellule dell'epitelio normale, infiltrati rotondo-cellulari.

KÖCHLIN in un paziente che eliminò una membrana lunga 25 cm. e con uno spessore di 1/8 di mm. all'esame microscopico rinvenne soltanto epitelio piatto.

Analogo reperto è descritto da STREIT.

Note di flogosi sono riferite da KAUFFMANN in una formazione tubolare, lunga 30 cm. vomitata da una paziente, sofferente di faringite.

Il caso, capitato alla nostra osservazione, si riferisce a un uomo di anni 53, religioso.

Risulta dall'anamnesi famigliare che il paz. ha perduto il padre, all'età di 45 anni per sepsi; la madre a 60 anni, durante la pandemia influenzale del 1918. all'anamnesi remota risulta che il paz. nato a termine da parto eutocico, ha avuto allattamento materno. Regolarmente ebbero svolgimento i primi atti fisiologici.

Nella prima infanzia fu affetto da malattia esantematica, che dalla descrizione imprecisa, sembra potersi riferire a morbillo.

A circa sette anni ha avuto un'affezione acuta a carico della coscia D., che si è accompagnata a febbre, strato settico generale, dolori, impotenza funzionale. Non è residuato nulla di tale affezione; la coscia non rivela alcuna differenza nè anatomica nè funzionale con quella dell'altro lato. È da riferire l'affezione probabilmente ad eresipela. Non vi è traccia alcuna di cicatrice nella regione.

Poi è stato sempre bene.

Ha seguito un'alimentazione prevalentemente vegetariana; non bevitore, nè fumatore. Ha avuto l'abitudine di ingerire cibi piuttosto caldi. Si rileva dall'anamnesi prossima che il primo disturbo risale a circa tre anni fa, quando in pieno benessere, mentre deglutiva un bolo, di consistenza e volume regolari, ha avuto la sensazione netta di una difficoltà insorta all'improvviso al passaggio del cibo, che non riusciva a venire superata; in corrispondenza del 3° inferiore dell'esofago.

Non può dire se tale sensazione provocava vero dolore o si traduceva in una sensazione soltanto di fastidio. L'introduzione di un bicchiere d'acqua faceva scomparire il disturbo.

Si può dire che il passaggio di cibi solidi, o semi-solidi, da allora ha sempre svegliato al livello descritto, delle sensazioni fastidiose, come di arresto del cibo. Di tanto in tanto è insorto dolore, che ha avuto un ritmo particolare: di rado è stato suscitato dal passaggio del cibo e dall'arresto di questo; si è presentato a cinque o sei ore di distanza, ha avuto localizzazione tra la marginosternale D. e l'emiclaveare D. senza irradiazioni. Il dolore non è stato quotidiano, ma è apparso ogni dieci, quindici giorni circa; è durato tre o quattro minuti e si è attenuato, quasi fino a scomparire, in seguito ad introduzione di un po' di acqua.

I disturbi descritti si sono accentuati; la difficoltà al passaggio del cibo è diventata maggiore ed il paz. ha vinto tale difficoltà facendo una profonda inspirazione, e poi un tentativo di espirazione forzata a glottide chiusa. Non ha mai vomitato. Ha avuto qualche volta bruciore allo stomaco ed acidità. Ma questi disturbi sono stati di lieve entità e non hanno mai richiamato in particolar modo l'attenzione del paziente.

Da qualche tempo ha notato che il fastidio retrosternale, che segue a distanza dalla introduzione dei cibi, viene attenuato, se ingerisce una certa quantità di acqua, e la rigurgita. Le sensazioni di peso, di stringimento, che vengono così descritte dal paziente si dileguano subito.

Usando tale pratica alla fine di giugno 1933, mentre era a letto per influenza, ha emesso una membrana, di forma tubolare, di circa 5 cm. di lunghezza per 3 cm. di larghezza.

Tale episodio si è ripetuto alla fine di agosto del 1933, mentre era in pieno benessere. Non vi era

alcuna accentuazione dei disturbi precedenti, all'infuori della riduzione dei periodi intervallari tra i disturbi già descritti. Nè il nuovo sintoma, ha portato noie maggiori; per quanto già la maggiore ricorrenza dei periodi di dolore dopo i pasti accennava a un lieve progresso della malattia. La membrana eliminata ha forma pianeggiante; è stata portata per l'esame al dott. Bignami, al quale il paziente ha fatto ricorso alquanto impensierito.

Oltre l'esame istologico sono state praticate ambulatoriamente una serie di ricerche cliniche e radiografiche per un preciso accertamento diagnostico.

E. O. Condizioni generali buone. Sensorio integro. Decubito indifferente. Cute e mucose visibili discretamente colorate. Pannicolo adiposo sviluppato. Muscolatura tonica e trofica. Nulla a carico delle ossa e delle articolazioni. Non linfoghiandole. Polso 90, ritmico. Respiri 16. Pressione: Mx. 135, Mn. 100.

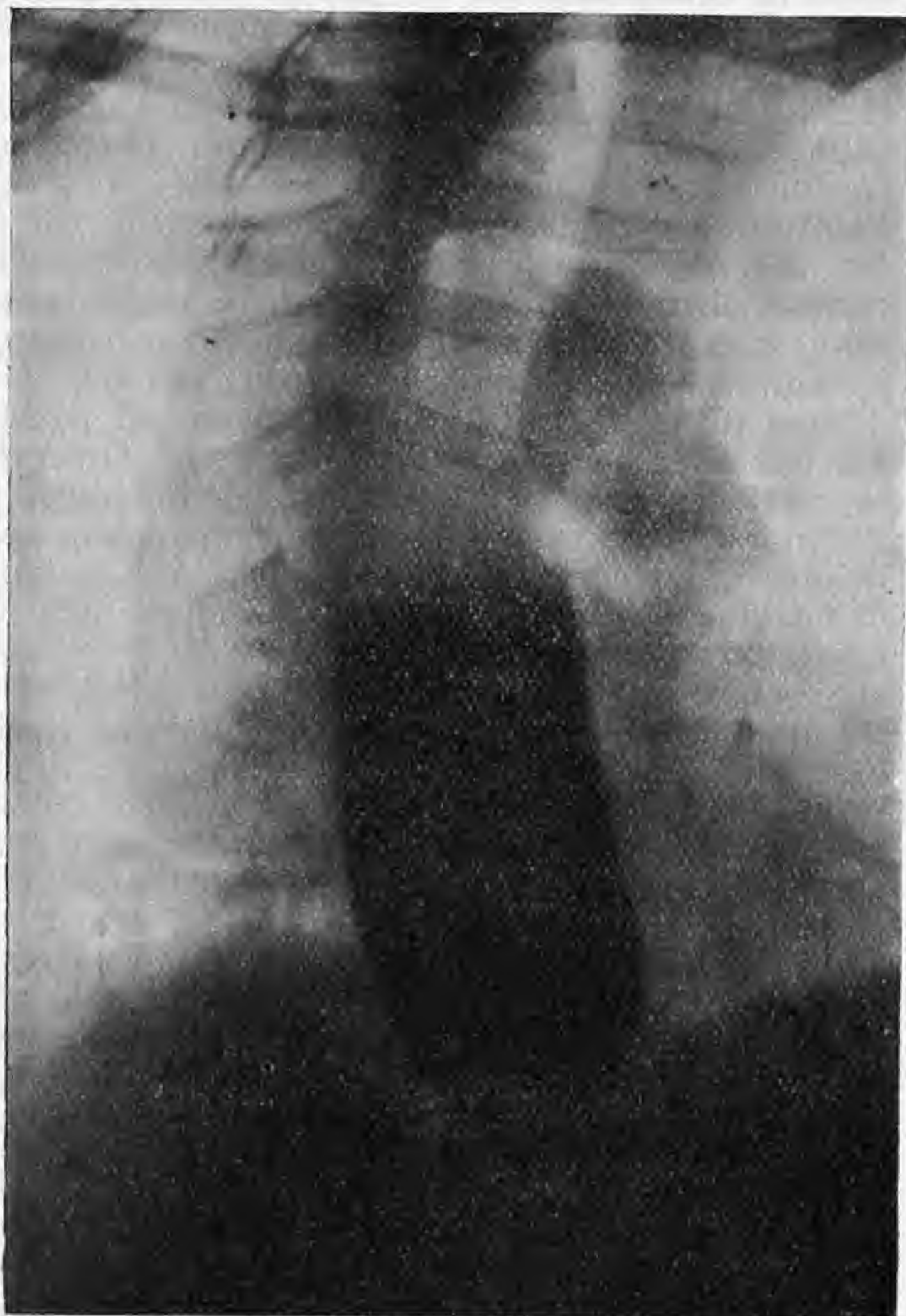



FIG. 1.

Nulla a carico della testa e del collo.

Torace: di forma cilindrica. Nulla a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare.

Addome: nulla. Fegato e milza nei limiti.

App. locomotore: nulla.

Esame delle urine: P. S. 1028, albumina e zucchero assenti, acido urico 0,80 per mille, cloruri 12,18 per mille, urea 20,484 per mille. Sedimento: rari leucociti conservati, discreta quantità di urati amorfi.

Esame radioscopico: a visione diretta non si mette nulla in evidenza.

In proiezione obliqua anteriore D. si vede che il pasto opaco passa senza difficoltà fino al restringimento diaframmatico, dove si arresta. L'introduzione successiva non vince la difficoltà, che si trova a livello dell'hiatus diaframmatico e determina la dilatazione progressiva, graduale, regolare dell'estremo inferiore dell'esofago. Tale dilatazione raggiunge il calibro di un braccio di adulto; e non è sormontato da bolla gassosa. Non si vedono difetti di riempimento. Si osservano frequenti onde peristaltiche, che però non riescono a determinare la discesa del pasto nello stomaco.

Si invita il paz. a praticare la manovra, che egli eseguiva di propria iniziativa, di inspirare profondamente e di far seguire una espirazione forzata a glottide chiusa. Si osserva durante tale tentativo che il pasto opaco compie delle escursioni lungo il canale esofageo, e poi bruscamente passa nello stomaco. L'esame radioscopico di questo viscere risulta negativo.

Si ripete l'introduzione del pasto opaco, che viene arrestato allo stesso livello della volta precedente e si pratica iniezione di papaverina. Lo spasmo persiste ancora dopo mezz'ora. Nulla nell'ambito polmonare e dell'ilo. Si sono documentati questi rilievi con l'*esame radiografico*: si è praticata una radiografia, quando l'esofago ha raggiunto la massima dilatazione, dopo ingestione del pasto opaco, un'altra dopo mezz'ora

FIG. 2.

dall'iniezione di papaverina, in proiezione obliqua anteriore destra.

Nella prima radiografia si nota il cospicuo grado di dilatazione raggiunto dall'esofago, nel tratto mediastinico. La dilatazione termina bruscamente all'hiatus diaframmatico e ha i margini regolarmente curvilinei (vedi fig. 1).

Si mette in evidenza una dilatazione circoscritta all'altezza della faccia laterale del branco di D., che si vede immediatamente al disotto come uno spazio chiaro circolare.

Questa dilatazione è rotondeggiante, ha la grandezza di circa una noce.

Un'altra dilatazione, di forma conica, un po' più piccola della precedente, si trova a circa 5 cm. dall'hiatus diaframmatico, impiantata sulla faccia

laterale sinistra. Anche questa non determina stenosi. In entrambe le dilatazioni l'impianto è sessile (vedi fig. 2). Non ombre opache nel mediastino da riferire a linfoghiandole.

Diagnosi: diverticolo epibronchiale ed epifrenico dell'esofago. Spasmo del tratto diaframmatico dell'esofago.

Esame macroscopico del pezzo di mucosa eliminato: Misura 22 cm. di lunghezza e 9 di larghezza nel tratto più largo. È nettamente rilevabile la presenza di strie longitudinali intervallate da tratti di aspetto liscio, quasi vellutato (vedi fig. 3).

FIG. 3.

Esame istologico del pezzo: Sono stati prelevati varii frammenti, inclusi in paraffina; le sezioni sono state colorate con ematossilina ed eosina. L'aspetto istologico della membrana è eguale in tutti i tratti esaminati: la membrana è costituita da un epitelio piatto polistratificato. I varii strati sono costituiti da un lato di cellule poligonali, piuttosto grandi, con protoplasma chiaro. Man mano che si procede verso la superficie opposta le cellule diventano piatte. La membrana sulle due superfici è assai frastagliata: lo spessore è variabile; nei tratti più sottili è costituita di sole cellule piatte disposte a più strati. Non si vede traccia di derma della mucosa, nè di corneificazione delle cellule. Non si trova traccia di infiltrati flogistici.

FIG. 4.

L'anamnesi del malato porta facilmente a escludere una neoplasia a carico dell'esofago, nettamente in contrasto con lo stato generale ottimo del paziente; la durata dei disturbi, la mancanza dei sintomi di stenosi a carattere organico.

I disturbi derivanti dalla stenosi sono riferibili facilmente a spasmo del cardias, sia per la loro rapida scomparsa dietro le manovre già descritte, sia per la loro lunga persistenza, senza condurre ad aggravamento della malattia. La stessa emissione di lembi membranosi non ha accresciuto i disturbi.

L'indagine radiologica ci ha confermato il cardiospasmo e ci ha messo in evidenza il grado di dilatazione dell'esofago, ci ha rivelato la presenza di due piccoli diverticoli, ci ha permesso di escludere cause organiche di stenosi.

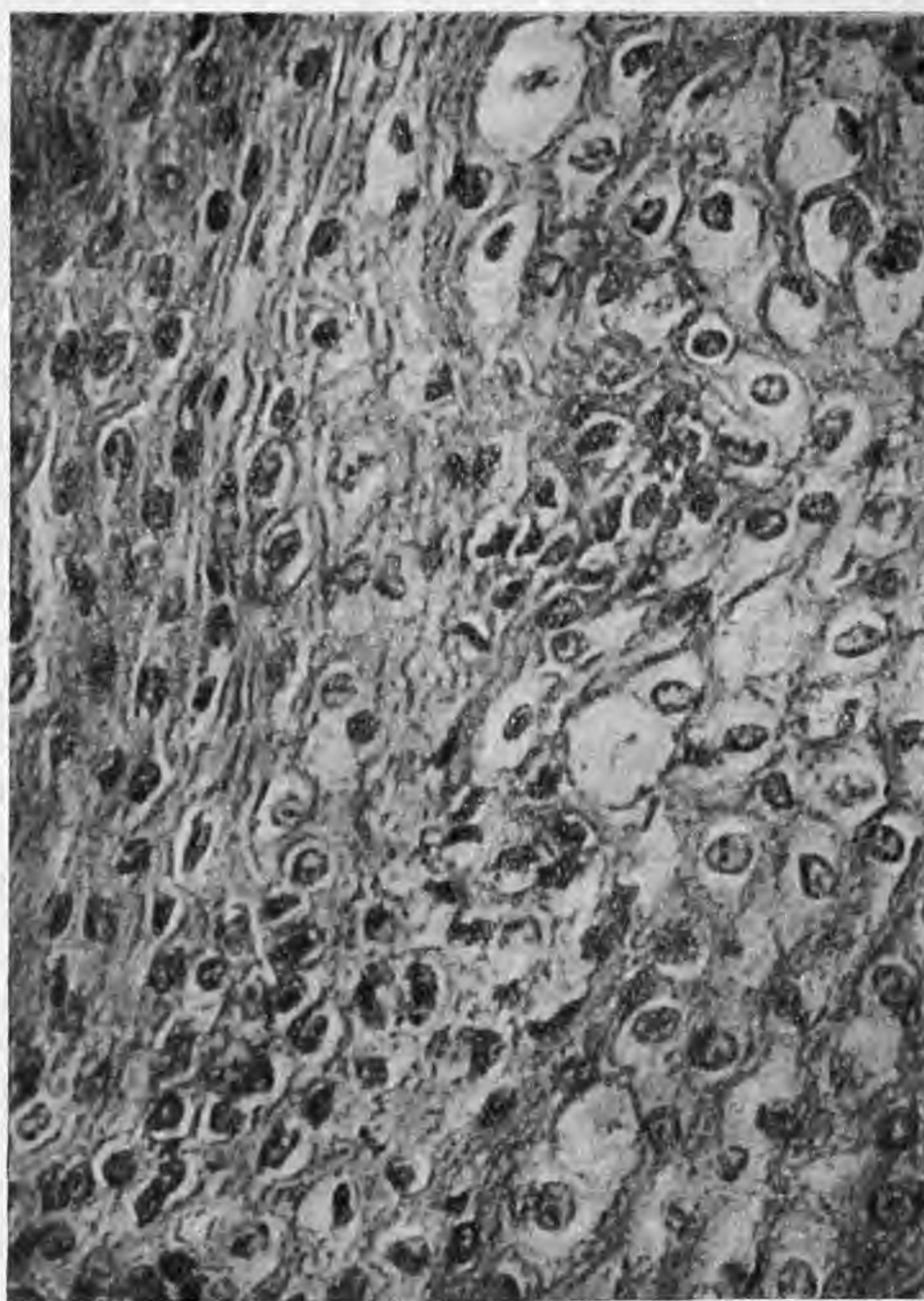



FIG. 5. — Un tratto della figura precedente a forte ingrandimento; a d. cellule grandi, poligonali; a s. cellule piatte.

Abbiamo allora cercato di spiegarci i rapporti fra le manifestazioni cliniche, tenendo conto dei casi riportati e dei singoli reperti istologici.

In base a questi ultimi, possiamo stabilire due caratteri differenziali; in un gruppo vanno riuniti i casi, in cui coesistevano i segni di una flogosi (Birch-Hirschfeld, Rosemberg, Sclavunos, Stern, Kauffmann); in un altro quelli in cui la membrana, esaminata, constava di solo epitelio (Köcklin, Streit, Strauss, Reichmann e il nostro).

Clinicamente invece constatiamo che la malattia non ha sintomatologia a sè, sia prima che dopo la perdita della membrana epiteliale; la guarigione è la regola. Gli AA. non accennano ad esiti possibili.

Un episodio acuto si trova nel caso di Reichmann, l'obitus nel caso di Strauss per una sepsi, di cui la paziente era affetta.

Perciò se il reperto istologico non è identico, clinicamente non vi sono differenze apprezzabili.

Il processo si può ricondurre ad una iperplasia dell'epitelio ed alla successiva caduta di esso, sotto l'azione di uno stimolo irritativo, specialmente flogistico, mentre probabilmente la sostituzione è già avvenuta, come si verifica in tutte le superfici di origine ectodermica (uretra, vagina), dove per altro non raggiunge l'estensione del reperto da noi osservato.

Quanto alla patogenesi, nel riferire i casi abbiamo accennato alle ipotesi avanzate dai singoli AA.; esse riportano quasi tutte alla flogosi. Ad es.: Reichmann, pur non avendo trovato sicure note di infiammazione, spiegando la desquamazione in forma membranosa anzichè di singole cellule come una cheratinizzazione, mette a base di questa spiegazione il fattore flogistico. Sclavunos riporta all'alcool nel caso illustrato la causa, che avrebbe determinato degenerazione epiteliale e nello stesso tempo avrebbe stimolato il derma della mucosa, in cui sarebbe avvenuta l'essudazione vasale.

Il nostro caso si presta ad un'analisi più minuta.

Nella storia del nostro malato, figurano dei disturbi nel transito del cibo, facilmente riferibili a un cardiospasmo. Il reperto radiografico ci mette ancora in evidenza non soltanto le dimensioni raggiunte dall'esofago in conseguenza, ma pure la tenacia dello spasmo per la resistenza notevole agli antispasmodici.

Sappiamo come sia caratteristico delle affezioni che si manifestano con spasmo della musculatura liscia, la presenza di tregue intervallari. Nel nostro caso queste sono diventate sempre più brevi.

Per modo che intensità dei fatti spastici, con intervalli brevi di benessere possono, determinando sosta prolungata dei cibi, provocare una irritazione della parete. Come conseguenza pensiamo che sia avvenuta la proliferazione dell'epitelio e successivamente la desquamazione; forse per difetto nutritivo, trovandosi le cellule più interne più lontano dai vasi del derma della mucosa. Una desquamazione, avente la particolare caratteristica di comprendere una estensione di mucosa uguale a gran parte dell'esofago.

Non abbiamo trovato segni sicuri che dimostrino l'esistenza di una infiammazione; la membrana è costituita da solo epitelio, non vi è neppure traccia del derma della mucosa.

L'esofago è un organo di transito; non tollera il ristagno, per cui non ha mezzi di difesa. Ad es.: non è provvisto, come tutto il tubo digerente abituato a soste del cibo più o meno lunghe, di ghiandole mucipare, cui Leriche ammette molta importanza nella protezione dello stomaco da parte delle secrezioni acide.

A noi in tal modo sembra di trovare nel cardiospasmo la causa prima dell'affezione.

Nell'esame dei casi clinici precedenti, mi pare esistere un certo parallelo tra il caso da noi descritto e quelli di Reichmann e di Rosemberg, per quello che riguarda la sintomatologia.

In entrambi i casi, i malati avevano sofferto più o meno lungamente e periodicamente di disturbi durante l'ingestione dei cibi, che potevano riportarsi a uno spasmo esofageo. Nel reperto istologico descritto da Reichmann mancavano, come nel nostro, i segni di infiammazione. Si potrebbe in questi casi connettere alla causa da noi indicata, l'eliminazione dell'epitelio della mucosa.

Crederemmo quindi di indicare nel quadro del cardiospasmo o degli spasmi esofagei in genere con ristagno del cibo, la possibilità del reperto descritto come esofagite esfoliativa.

Si può assegnare valore nella patogenesi dell'affezione ai diverticoli? Si può pensare che il vago venga irritato dalla loro presenza e che il cardiospasmo sia conseguenza di tale irritazione? Ometto di riferire le opinioni sulla patogenesi del cardiospasmo.

Crediamo di rispondere negativamente; sia perchè non si comprenderebbe, perchè la probabile irritazione vagale dovrebbe farsi nota solo attraverso il cardiospasmo, sia perchè diverticoli di sede e delle dimensioni di quelle da noi riscontrate, rappresentano il più delle volte una sorpresa di autopsia, non apportando alcun disturbo durante la vita.

*
* *

Ringrazio il dott. Bignami, che cortesemente mi ha concesso di illustrare il caso e mi ha dettato il reperto istologico.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di cardiospasmo associato ad esofagite esfoliativa e diverticoli esofagei; esamina la patogenesi dell'esofagite esfoliativa, dopo aver riportato notizie dei pochi casi finora illustrati.

BIBLIOGRAFIA.

ASCHOFF. *Anatomia patologica.*
BIRCH-HIRSCHFELD. Lehrb. d. pathol. Anat., 1887, 3 Aufl.
FISCHER W. Henke. Lubarsch's Handbuch der speziellen path. Anat., IV, I, pag. 114.
KAUFFMANN. *Anatomia patologica speciale.* Parte I, pag. 563.
REICHMANN. *Oesophagitis exfoliativa.* Dtsch. med. Wochenschr., 1890, pag. 1014.
ROSEMBERG. *Oesophagitis dissecans superficialis.* Zentralbl. f. allg. pathol. u. pathol. Anat., 1892, pag. 753.
SCLAVUNOS. *Ueber oesophagitis dissecans superficialis mit einem Beitrag zur Kenntniss des epithels des oesophagus des Menschen.* Wirchow's Arch. f. Pathol., 1893, Bd. 133, pag. 250.
STERN. Arch. f. Verdaunngs Kr., 1904.
STRAUSS. Berl. Kl. Woch., 1904, pag. 30.

OSPEDALE CIVILE CRESPANO DEL GRAPPA
Primario dott. M. MANTOVANI-ORSETTI.

Considerazioni sopra un caso di diverticoli del digiuno.

Dott. ANTONIO DALLA PALMA,
assistente effettivo.

Ritengo opportuno riferire questo caso di diverticoli del digiuno rilevato nel corso di un intervento per occlusione intestinale praticato nel nostro Ospedale dal mio Primario Dott. Mantovani.

Trattavasi di un uomo dell'età di 60 anni: venne accolto d'urgenza in Ospedale il 25-X-1933 con diagnosi di occlusione intestinale.

Non si trova nulla di importante nell'anamnesi remota del nostro paziente: solo che è stato 4 anni fa in Ospedale in osservazione e successivamente operato su diagnosi di ulcera gastrica.

In anestesia locale il 28-IX-1929 venne allora praticata la laparatomia sopra ombellicale e sulla faccia posteriore dello stomaco in sede pre-pilorica fu trovata la cicatrice di una vecchia ulcera.

Si precedette all'affondamento della zona ulcerata e alla gastro-digiunostomia transmesocolica posteriore. Dopo 16 giorni di degenza ospitaliera il paziente venne dimesso in buone condizioni e ristabilito in salute.

Ritornato a casa il paziente affermò di essere sempre stato bene fino ad un mese prima del nuovo intervento, epoca in cui ha cominciato a notare dolori di ventre saltuari, alternati a periodi di benessere, con senso di pesantezza allo stomaco, alvo un po' stittico, digestione difficoltosa. Due sere prima di entrare venne colto improvvisamente da forti dolori di ventre, con vomito e febbre. Fu appunto il persistere di tali disturbi che decise il medico a farlo ricoverare d'urgenza in Ospedale con diagnosi di occlusione intestinale.

L'esame obbiettivo faceva rilevare un uomo di aspetto sofferente, cute e mucose pallide, lingua asciutta. All'addome si notava modica tumefazione, meteorismo. La pressione, anche lieve, provocava dolore fortissimo su tutto l'ambito addominale.

Non era possibile esplorare fegato e milza. Si decise l'intervento immediato: in anestesia eterea si è praticata laparotomia pararettale molto ampia: si è estrinsecato l'intestino che era paretico, cianotico, teso.

Non riuscendo a prima vista stabilire il punto di ostacolo si è esaminato punto per punto tutto l'intestino: finalmente in corrispondenza della regione cecale si è trovato un grosso ponte mesenterico attraverso il quale erano passati circa tre metri d'intestino, i quali, raccolti nella fossa iliaca destra, avevano spinto in alto quasi tutto il colon e il cieco cosicchè l'appendice veniva a trovarsi nella regione epigastrica al di sotto dello stomaco, dietro la vecchia gastrodigiunostomia. Si è liberato il tratto di intestino stenosato e non si è ritenuto opportuno (anche per le cattive condizioni del paziente), di praticare altre manovre.

Quello che però ha colpito la nostra osservazione è stato il fatto che subito al di sotto della gastrodigiunostomia, in corrispondenza del digiuno per una lunghezza di circa un metro, si è trovato il lume intestinale circondato da quindici, venti diverticoli fatti a forma di grappolo, varianti dalla grandezza di una noce a quella di una mela, in comunicazione diretta col lume intestinale a mezzo di un sottile peduncolo, ripieni di liquido che facilmente si svuotava nell'intestino colla pressione digitale.

Un fatto importante da rilevare era la loro sottigliezza e trasparenza cosicchè in essi era evidente la mancanza della tunica muscolare.

Osservando come si disse le cattive condizioni circolatorie del paziente non si è ritenuto opportuno procedere più oltre, si è chiusa la breccia e si è rimasti in vigile attesa. Il paziente nei giorni seguenti ha presentato segni evidenti di atonia intestinale che però, anche forse per l'azione di numerose iniezioni di cloruro di sodio ipertoniche, è ceduta in terza giornata, e finalmente in quarta giornata il paziente ha avuto 4 scariche liquide.

Il decorso successivo è stato completamente regolare ed il paziente è stato dimesso ristabilito dopo 16 giorni di degenza.

Questo il caso che credo di riferire perchè degno, a mio avviso, di qualche considerazione. Come ho detto più sopra quello che ci ha maggiormente colpito è stata la presenza dei diverticoli nel digiuno. I diverticoli dell'intestino in genere e quelli del digiuno in particolare, sono stati classificati in vari modi, mai però in modo soddisfacente. Comunemente dal punto di vista anatomo-patologico e pato-

genico si dividono in: 1° *diverticoli congeniti*, cioè tutti quelli che corrispondono a difetti di natura embriologica; 2° *in diverticoli acquisiti*.

A seconda degli strati sovrapposti che presenta la parete di questi ultimi, si possono considerare in essi due varietà: gli uni, *diverticoli falsi* comprendono solo i due strati, sieroso e mucoso; sono le « ernie tunicarie » di Cruveilhier, le « ernie mucose » di Rokitanscki. Gli altri *diverticoli veri*, sono formati dalle tre tuniche dell'intestino: mucosa, muscolare, sierosa.

Alcuni AA. però sono del parere che la tunica muscolare sia sempre presente da principio e vada poi atrofizzandosi dalla base verso l'estremità del diverticolo.

I diverticoli acquisiti del digiuno sono stati segnalati quasi sempre in un epoca molto avanzata della vita, sopra i 50 anni, oppure in individui profondamente cachettici.

Varie sono le ipotesi emesse per patogenesi di questi diverticoli acquisiti:

1) possono essere diverticoli da trazione, provocati da aderenze o da tumori attaccati alle pareti, e sono allora generalmente costituiti dai tre strati;

2) sono diverticoli da pulsione dovuti all'aumento della pressione intraintestinale; in questi ultimi contribuisce sempre, secondo l'Eichborn, una predisposizione speciale da anormale costituzione della parete.

Sono tutte teorie che cercano di spiegare i diverticoli in maniera meccanica: sono aderenze che provocano una estroflessione della parete (Keit, Pignatti, Hofmann, Mollo ecc.); sono disturbi di canalizzazione nel tratto di intestino; è il colon ptosico che esercita trazione sulla prima ansa digiunale (Keit); è un aumento della pressione endointestinale da stipsi e molto più spesso da meteorismo; è una labilità della tonaca muscolare (Parodi, Panà ecc.). Anche il Boling in un lavoro recente tenta di dare una spiegazione ai diverticoli senza però riuscirvi in modo soddisfacente; il Christ poi in modo molto elegante e spicciativo, li chiama: « un capriccio della natura ».

Per quanto riguarda la loro sintomatologia, si deve notare come essi sieno ben difficilmente diagnosticabili clinicamente perchè in genere essi sono abbastanza silenti. Però in seguito alla loro possibile dimostrazione radiologica si è voluto rendere questa sintomatologia più importante di quello che essa sia in realtà. Talora i diverticoli non danno luogo ad alcun sintomo; talora provocano una costipazione ostinata; talora si tratta di un susseguirsi di periodi dolorosi all'epigastrio alternati a periodi di benessere; ma non bisogna dimenticare che spesso tutti questi disturbi più che l'effetto sono la causa della loro insorgenza per quelli acquisiti. Il più delle volte essi non sono che constatazioni casuali operatorie o necroscopiche. Possono però talora dar luogo ad una complicazione assai grave e cioè la perforazione intestinale; possono provocare fistole colo-vescicali, aderenze con organi vicini ecc.

Anche la casistica radiologica di diverticoli del digiuno è rimasta piuttosto scarsa giacchè parecchie volte essi sfuggono alle nostre ricerche come bene hanno dimostrato il Terrj e il Mugler; e perchè anche dal punto di vista radiologico è talora difficile la diagnosi differenziale con altrettante dilatazioni prestenotiche o paralitiche o con altre dilatazioni morbose.

*
**

Dopo questa parentesi sopra alcune considerazioni dal punto di vista generale entrerò a parlare più particolarmente del nostro caso. Il primo fatto che subito appare chiaro è il seguente: I diverticoli multipli del digiuno da noi constatati sono certamente di origine acquisita; in caso contrario il precedente atto operatorio li avrebbe messi in evidenza; tanto più che la loro presenza avrebbe, se non impedito, certamente ostacolato la gastrodigiunostomia.

Rilevo poi la rarità della sede poichè essi sono relativamente frequenti nel duodeno, molto meno nel digiuno: la prima osservazione venne attribuita al Cooper (1844); Hunt e Cook ne descrissero dei casi, come pure il Terry, l'Edel, il Weis, il Contley, lo Schroeder, l'Henseler, il Klebs, l'Hensemann, ecc.

Ora, nel nostro caso, essendo stata praticata 4 a. fa la gastrodigiunostomia, ed essendo essi certamente posteriori ad essa, si vengono a trovare sopra un digiuno che ha assunto funzioni di duodeno. Anche questo mi pare possa avere la sua importanza dato che nel nostro caso il digiuno è sottoposto ad uno sforzo ben maggiore che di regola e ad una funzione anormale.

Essi poi, oltre che sicuramente posteriori all'intervento di 4 anni fa, probabilmente erano di data abbastanza recente, dato il fatto che solo da un mese circa il paziente aveva cominciato a presentare disturbi addominali e senso di peso allo stomaco, disturbi da mettere in relazione colla progressiva e lenta ste-

nosi intestinale e quindi colla stasi a monte nell'intestino. È probabile quindi che lo sforzo maggiore abbia agito sopratutto nel digiuno, punto di maggior lavoro in seguito alla gastrodigiunostomia e probabilmente punto di minor resistenza in seguito al precedente intervento, ed inoltre punto reso fisso dall'intervento stesso. Esso sforzo avrebbe formato come delle piccole ernie a forma di diverticoli tanto più che ad un esame macroscopico essi erano sprovvisti di tunica muscolare. Secondo il nostro modo di vedere essi dunque erano diverticoli acquisiti provocati dall'aumento della pressione endointestinale su di un *locus minoris resistentiae* per le ragioni esposte. Il nostro caso ha importanza anche per il fatto che non frequentemente si può avere un preciso controllo operatorio prima e dopo la loro formazione.

Altro quesito importante a cui si presta il nostro caso è il seguente: Come comportarci innanzi ad un simile reperto al tavolo operatorio? Vario può essere il modo di procedere:

1) Si può non praticare alcun intervento lasciando le cose come stanno. Non pochi sono gli AA. che consigliano questa condotta: così il Christ sopraricordato, il Goinard, lo Chevaux, il Leriche, il quale in un caso di sette diverticoli del digiuno ne ha asportato uno solo, il più grosso, con buon risultato.

Però bisogna notare che con questo mezzo incombe sempre sul paziente il pericolo di uno stato anormale nel suo intestino e di tutte le complicazioni a cui può andare incontro.

2) Si può invece praticare la resezione di tutto il tratto intestinale compromesso: così agirono il Boling, il Beigler, il Bloon, il Wruble ecc. con esito felice. Anche questo mezzo però si presta subito all'obbiezione della difficoltà e della pericolosità dell'asportazione alta di un tratto di intestino, la quale inoltre non sempre è possibile, come nel nostro caso, dove preesisteva una gastrodigiunostomia.

3) Si può praticare infine la legatura alla base dei diverticoli e il successivo affondamento dei monconi; oppure praticare una plicatio di tutte le estroflessioni intestinali. Anche questo modo però ha l'inconveniente di essere una operazione troppo lunga e laboriosa sopratutto quando, come nel nostro caso, i diverticoli sono multipli e sparsi su lungo tratto d'intestino.

Rilevo, prima di terminare, il fatto che non frequentemente ci si imbatte in una sede così rara dell'appendice, quella retrogastrica, e in un'ernia interna, costituita dal passaggio di tre metri d'intestino attraverso un ponte mesenterico di natura probabilmente congenita.

Noi di fronte ad un uomo in cattive condizioni circolatorie, presentante una vecchia gastrodigiunostomia, abbiamo creduto opportuno non praticare alcun intervento per porre, in qualche modo, rimedio ai diverticoli da noi constatati. Difatti, essendo essi, secondo il nostro modo di vedere, causati dall'aumento della pressione intestinale per la progressiva e lenta occlusione, abbiamo creduto che, tolta questa, doveva essere tolto il pericolo maggiore. Infatti non vi era più ragione per cui essi andassero incontro a sovradistensione, oppure a lacerazione.

In una parola noi siamo del parere che, come sempre in clinica, bisogna saperci regolare caso per caso, e, pensando che la presenza esclusiva di diverticoli (e cioè senza complicazioni) solo in casi eccezionalissimi ha portato un paziente al tavolo operatorio, crediamo che la cosa migliore sia quella di lasciarli in sito, dopo aver tolta la causa che li aveva provocati, pronti in ogni caso a curare ogni loro complicazione.

RIASSUNTO.

L'A. presenta il caso di diverticoli multipli del digiuno, rilevato nel corso di un intervento per occlusione intestinale, in un individuo precedentemente gastrodigiunostomizzato. Afferma la loro origine sicuramente congenita e probabilmente di data recente.

Tra le varie ipotesi emesse, tenta di spiegarli come dovuti all'aumento della pressione endointestinale, e consiglia, come cura di elezione, quella di lasciarli in sito, quando sia possibile riconoscere ed eliminare la causa che li aveva provocati.

BIBLIOGRAFIA.

BOLING. The Journal Am. Med. Ass., n. 4, 1930.
ID. Ibid., n. 7, febbraio 1931.
CHRIST. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, fasc. 8, luglio 1932.
CRESCENZI. Lo Sperimentale, pag. 1, 1921.
DALLA PALMA. Pathologica, n. 412, a. XVIII.
EDEL. Virchow's Arch., Bd. 138, S. 347.
FIORINI. Arch. Ital. di Chirurgia, p. 401, 1931.
HANSEMANN. Virchow's Arch., Bd. CXLIV, S. 400.
HUNT e COOK. Annals of Surgery, n. 6, p. 746, 1921.
LERICHE. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, n. 2, luglio 1932.
MOLLO. Policlinico, Sez. Chir., p. 201, 1931.
PANÀ. Rendiconti delle adunanze dell'Acc. Med. Fis. Fiorentina; Adunanza del 7 maggio 1931; Lo Sperimentale, IV, 1931.

PARODI. Archivio Scienze Med., vol. XLII, fasc. 5-6, p. 262.
PIGNATTI. Arch. Ital. di Chirurgia, vol. XXVII, p. 333.
STEPP et GUTZEIT. Medizinische Klinich., a. XXVI, n. 14, aprile 1930.
TEDESCHI. Arch. Ital. Mal. Appar. Diger., fasc. III, agosto 1933.
TERRY e MUGLER. Archives of Surgery, p. 547, 1921.
WEISS. Frankf. Zeitschrift f Path., Bd. 37, H. 1, S. 96.

PROBLEMI DISCUSSI

Si deve o non si deve combattere la febbre? La medicazione antitermica nella tubercolosi, le febbri tifoidi e alcune altre malattie.

(J. ALBERT-WEIL. *Paris Méd.*, 27 genn. 1934).

Esistono, secondo l'A., due grandi categorie di malattie infettive: da una parte delle affezioni come la tubercolosi, le febbri tifoidi ecc., nel corso delle quali la distruzione dei germi morbosi ed i fenomeni infiammatori provocano i danni più gravi all'organismo infetto. Ciò è dovuto ai veleni endomicrobici che si liberano e ai veleni cellulari e bacillo-cellulari che si formano dalla distruzione contemporanea dei bacilli e delle cellule che li hanno fagocitati, e alle reazioni allergiche che provoca nell'organismo la liberazione di queste diverse sostanze e veleni.

D'altra parte, delle affezioni come la sifilide, le tripanosomiasi, ecc. nelle quali sono i fenomeni infettivi che dominano la scena clinica, nelle quali tutta la malattia è fatta dalla reazione dell'organismo alla presenza dei germi morbosi, ma in cui questi agenti non sono affatto o sono poco tossici per sè stessi.

Fra queste due categorie esistono poi una infinità di affezioni a caratteri intermedi.

La febbre nel corso della tubercolosi non costituisce una reazione di difesa, ma una reazione quasi sempre nefasta, poichè aumenta la velocità delle correnti circolatorie, si accompagna ad una più grande intensità delle reazioni infiammatorie e aumenta le combustioni interstiziali. L'A. ha in precedenti ricerche dimostrato quanto sia nefasta la fagocitosi polinucleare nella tubercolosi, essendo i bacilli di Koch elettivamente nocivi per i polinucleati che li hanno inglobati. I polinucleari sono dei fattori di dispersione dei bacilli di Koch e liberano nell'organismo dei complessi bacillocellulari tossici e termogenetici, che agiscono verosimilmente sui centri termogenetici del mesencefalo. L'ipertermia è essa stessa in effetti una causa di aumento delle combustioni interstiziali, *la febbre tende ad aumentare la febbre*. È, per un complesso di ragioni, verosimile che nell'organismo, quando la febbre è elevata, i bacilli di Koch subiscano più facilmente delle disintegrazioni. Se molti bacilli resistono all'ipertermia e proliferano, molti muoiono ed è noto che il germe diviene sopratutto tossico dopo la morte.

Così dunque, in ultima analisi, l'ipertermia nei tubercolosi, che si accompagna ad un aumento della fagocitosi, ma alla quale resiste un certo numero di bacilli, è sfavorevole a molti di essi. Fatto in apparenza paradossale, essa è dunque sfavorevole all'organismo malato. Sono da aggiungere i danni che la febbre produce a causa dei disordini nella costituzione delle albumine tissulari e circolanti, che essa provoca e per i disturbi funzionali (tachipnea, tachicardia, delirio, ecc.) cui può dare origine.

Tutte le considerazioni precedenti valgono per le febbri tifoidi e verosimilmente per le colibacillosi febbrili e per numerose altre affezioni. Riguardo alle febbri tifoidi, come nella tubercolosi, la distruzione di una parte dei bacilli tifici o paratifici, mentre altri continuano a vivere e a proliferare, e le reazioni cellulari dell'organismo all'infezione ebertiana hanno conseguenze generalmente nefaste. Se esiste una esotossina tifica diffusibile, sopratutto sono tossici i veleni aderenti o endotossine. Come nella tubercolosi, i veleni del bacillo tifico sono eminentemente tossici per i polinucleati. Solo la reazione macrofagica costituisce una reazione cellulare di resistenza ed è essenzialmente, come nella tubercolosi, il sistema reticolo-endoteliale che ha importanza per la difesa.

Se si vuole dunque adottare una terapia razionale delle febbri tifoidi, bisogna evitare finchè possibile l'eccessivo movimento infiammatorio e febbrile, che hanno per effetto di liberare delle frazioni microbiche tossiche e di provocare delle distruzioni polinucleari intense, seguite da reazioni mieloblastiche. Si può aggiungere che le tossine tifiche possono, come ha dimostrato Sanarelli, provocare una attivazione di violenza di ospiti microbici abituali dell'individuo malato, del colibacillo.

Tutte le considerazioni che precedono dimostrano che nella tubercolosi, nelle febbri tifoidi, le colibacillosi febbrili, ecc. una terapia antitermica non costituisce solo un trattamento puramente sintomatico dell'affezione in causa. Combattendo il sintoma febbre e le reazioni infiammatorie che l'accompagnano, si tende a rompere un circolo vizioso patologico e ad agire così più o meno direttamente sulla patogenesi, se non sulla causa stessa della malattia. I risultati ottenuti nel trattamento della febbre tifoide e della tubercolosi con i sali di chinino, associati o non ad altri antitermici, sono innegabili.

Conviene dunque riabilitare certe medicazioni antitermiche e applicarle, non certo in tutti i casi, ma in quelli in cui la febbre e le reazioni infiammatorie sono notoriamente no-

cive, cioè nelle malattie che danno luogo a manifestazioni allergiche severe. La piretoterapia e la terapia per choc conservano evidentemente il loro valore nelle malattie nelle quali la distruzione del germe morboso non provoca punto o poco delle manifestazioni allergiche. Un trattamento per choc nella tubercolosi evolutiva o nella febbre tifoide avrebbero il più spesso un effetto disastroso.

È da aggiungere che esistono degli stati morbosi in apparenza apiretici, che sono giustiziabili egualmente con la medicazione antitermica, con il chinino a dosi refratte e continue per esempio. La febbre non si riassume nella ipertermia. La causa perturbatrice può agire sugli scambi e sul metabolismo senza alterare la temperatura del corpo. Vi è allora *febris sine febre*, stato febbrile senza ipertermia. Il metabolismo basale è in questi casi aumentato.

Tutti i soggetti, e anzitutto i bacillari, che presentano un metabolismo basale aumentato si giovano della medicazione antitermica. Si tratta in questi casi di *apiressia febbrile*, nozione importante in pratica, perchè questi malati devono essere considerati come dei febbricitanti, ciò che comporta importanti deduzioni igieno-dietetiche e terapeutiche.

C. TOSCANO.

SUNTI E RASSEGNE

TISIOLOGIA.

Sull'allergia comparata alla tubercolina e ai filtrati di ultravirus tubercolare.

(G. PAISSEAU, J. VALTIS e F. VAN DEINSE. *Presse Méd.*, 3 febbraio 1934).

Gli AA., in una serie di note presentate alla *Société de Biologie* e alla *Soc. Méd. des Hôp.*, hanno dimostrato la presenza dell'ultravirus tubercolare nei differenti prodotti patologici provenienti da lesioni manifestamente tubercolari o sospette di tubercolosi. Hanno voluto quindi ricercare se l'allergia poteva esser messa in evidenza con l'inoculazione intradermica di filtrati riscaldati, provenienti da colture giovani di bac. di Koch su mezzo sintetico di Santon.

Il metodo di preparazione dell'ultravirus era il seguente:

Si utilizzano esclusivamente le culture a velo di 6-8 giorni sviluppate sulla superficie di 100 cc. di mezzo sintetico di Santon in un pallone di 250 cc. Dopo aver decantato il liquido nutritivo, i veli sono emulsionati, a mezzo di palline di vetro, in 10 cc. di acqua fisiologica sterile per ogni pallone, e l'emulsione così ottenuta è filtrata in 8-10 minuti su candela Chamberland L2 nuova sotto depressione di 20 mm. di mercurio. Il filtrato è ripartito in fiale di 1 cc. e riscaldato due giorni di seguito per un'ora a 80°.

Per mettere in evidenza l'allergia tubercolare gli AA. si sono arrestati all'iniezione intradermica di 1/10 di cc. di questo filtrato puro.

I filtrati ottenuti da ceppi ricchi di ultravirus danno le reazioni più intense. Il filtrato sembra perdere la sua attività con l'invecchiamento dopo qualche settimana o qualche mese. Si conserva meglio mantenendo le fiale lontane dalla luce ed in frigorifero.

Le reazioni concordanti alla tubercolina e al filtrato sono la regola quasi assoluta nei soggetti a cutireazione alla tubercolina positiva e, alle dosi adoperate dagli AA., sono allora frequentemente tanto intense che essi hanno dovuto rinunciare a praticarle in questi soggetti.

Nei bambini a cuti-reazione alla tubercolina negativa fino all'età di 15 anni gli AA. hanno ottenuto delle intradermo-reazioni concordanti al filtrato e alla tubercolina nella proporzione del 30 %.

Le intradermoreazioni positive al filtrato sono state di una intensità relativamente discreta, ma si sono osservati tutti i gradi di passaggio fra le reazioni fortemente positive e le negative. Si riscontrano anche delle reazioni dubbie, di cui si può tener conto, ma gli AA. nelle loro statistiche si sono limitati a considerare le reazioni persistenti dopo 48 ore, caratterizzate da una papula nettamente percepibile alla vista e al tatto, con arrossamento centrale di 2 mm. di diametro.

In un certo numero di casi non esiste concordanza fra la reazione alla tubercolina e quella al filtrato. Le più interessanti fra queste che gli AA. chiamano « *reazioni dissociate* » sono quelle in cui la intradermo-reazione alla tubercolina era negativa e la reazione al filtrato nettamente positiva. Questa dissociazione è stata osservata in 8,5 % dei soggetti studiati; ma in rapporto alle reazioni positive, essa è più comune almeno nei bambini, in cui raggiunge il 22 % delle reazioni positive.

La reazione dissociata subisce, secondo l'età dei soggetti, delle notevoli variazioni di frequenza. Essa presenta due massimi assai netti, durante il primo anno e fra il 6° e il 10° anno, mentre durante il 2° anno di vita è molto più rara.

Sembra che non si tratti di uno stato durevole. Eccetto un caso, in cui l'intradermoreazione dissociata persisteva con gli stessi caratteri dopo sei mesi, in parecchi altri casi gli AA. hanno osservato che dei soggetti portatori di una reazione dissociata, sottoposti dopo 4 o 5 mesi a una nuova prova, reagivano questa volta ugualmente alle due reazioni, mentre la cuti-reazione restava negativa. In altri casi, le intradermo-reazioni, all'inizio negative, divenivano dissociate a una nuova prova dopo 2-3 mesi.

Sembra dunque che le intradermoreazioni debbano essere considerate come rappresentanti uno stadio intermediario fra le reazioni intradermiche negative e positive alla tubercolina, stadio intermediario non obbligatorio.

I risultati delle ricerche degli AA. dimostrano che dei soggetti, benchè ancora insensibili alla tubercolina, reagiscono positivamente ai filtrati di ultravirus tubercolare e, fatto ancora più interessante, queste reazioni dissociate si osservano sopratutto frequentemente durante i due primi mesi dalla nascita. Ci si può quindi domandare se questa particolarità non corrisponda alla nozione della trasmissione per via placentare dell'ultravirus tubercolare.

Gli AA. hanno esaminato batteriologicamente diversi prodotti provenienti da 18 soggetti a intradermoreazione dissociata, da 6 soggetti negativi al filtrato e alla tubercolina e da 2 soggetti che avevano reagito alla tubercolina e non al filtrato.

Nei 18 soggetti a intradermo-reazione dissociata hanno ottenuto 7 risultati negativi e 11 positivi, sia con le culture sia con l'inoculazione. V'è dunque concordanza completa.

L'ultravirus tubercolare esiste dunque sopratutto nei soggetti che non reagiscono alla tubercolina e reagiscono solamente al filtrato. Gli AA. credono pertanto che le reazioni intradermiche ai filtrati di ultravirus abbiano un valore clinico. Esse possono verosimilmente servire a rivelare l'esistenza di un'allergia nei neonati provenienti da madri tubercolose ed infettati *in utero* per opera dell'ultravirus tubercolare, e possono anche essere utilizzate per la diagnosi precoce delle forme di infezione tubercolare infiammatoria nelle quali l'ultravirus potrebbe avere un'importanza preminente.

C. TOSCANO.

La radiochimografia in pratica tisiologica.

(L. BERNARD, PELLISSIER e SILBERMANN. *Presse Méd.*, 20 dic. 1933).

La radiochimografia è un metodo nuovo che permette di registrare sullo stesso film dei movimenti numerosi e giustapposti di uno stesso organo. Questo procedimento è nato dal desiderio di studiare la cinematica cardiaca e finora non ha trovato pratica applicazione che in cardiologia. Gli AA. hanno usato la chimografia per apprezzare i movimenti dei polmoni tubercolosi e delle loro lesioni e per giudicare dell'efficacia della collassoterapia sulla mobilità dei polmoni malati. In questi casi la chimografia apporta una quantità di dati ben più precisi e più importanti di quelli tratti dalla radiografia ordinaria o dalla radioscopia.

Gli AA. sono però persuasi che molteplici altre applicazioni della chimografia trovano ancora posto in tisiologia ed hanno già raccolto utili documenti chimografici per il controllo funzionale del diaframma, per la valutazione del risultato di una toracoplastica, della mobilità di una caverna o di una qualunque lesione tubercolare del polmone. Ci si potrà anche servire della chimografia per studiare l'influenza della collassoterapia sulla funzionalità cardiaca.

Certo la radiochimografia non potrà mai rimpiazzare la radiografia ordinaria nè l'esame radioscopico: essa fornisce delle notizie differenti da quelle tratte da questi metodi di esplorazione. Sotto questo punto di vista si può considerare la radiochimografia come un metodo cinematico d'avvenire in tisiologia.

C. TOSCANO.

L'auroterapia nella tubercolosi polmonare.

(U. CROSINA. *Rivista di patologia dell'apparato respiratorio*. Anno II°, aprile-maggio 1933).

L'A. riferisce di aver sottoposto al trattamento con sali di oro, del tipo Fosfocrisolo I. C. I., due gruppi di ammalati di tbc. polmonare. In un primo gruppo di 30 casi ha notato undici casi di esito felice, dieci casi di buon miglioramento, nove casi di peggioramento; questi ultimi tutti gravi e non suscettibili di vantaggio con nessuna terapia.

In un secondo gruppo di venti casi scelti dopo accurato studio e ritenuti suscettibili di ricavar vantaggio dall'auroterapia, ha avuto undici casi di esito felice, sette casi di buon miglioramento (questi proseguono ancora la cura) e due casi favorevoli.

L'A. conclude che i risultati definitivi dell'auroterapia si presentano in tre maniere differenti:

a) con segni clinici di una sempre più marcata fibrosi e col reperto radiologico di un netto addensamento delle immagini delle lesioni preesistenti;

b) con segni clinici di riassorbimento e col reperto radiologico di chiarificazione delle zone oscure preesistenti (nettoyage);

c) con la combinazione delle due modalità sovraesposte.

L'A. ricorda che la prova migliore dell'efficacia dell'auroterapia è la seguente: « Ammalati che per mesi ed anni erano in Sanatorio, già trattati con tutti i mezzi terapeutici comuni nella cura sanatoriale e ciò malgrado rimanevano pressochè stazionari, hanno presentato quasi subito dopo l'inizio del trattamento crisoterapico un miglioramento dello stato generale e locale che in un buon numero di casi ha dato luogo a risultati definitivi ».

A. P.

L'atelettasia polmonare nel corso delle emottisi.

(V. CORDIER e P. BOUQUIN. *Paris Méd.*, 17 febbraio 1934).

Clinicamente l'inizio dell'atelettasia polmonare nel corso delle emottisi è brutale quando l'atelettasia colpisce un polmone intero;

ma quando non interessa che un lobo, l'inizio è più discreto e può anche passare inavvertito.

Sopratutto il dramma emoftoico maschera e fa passare in secondo piano i segni funzionali iniziali. Si manifestano tuttavia la dispnea brutale, l'angoscia. I segni fisici sono in funzione dell'importanza del territorio colpito. L'attrazione cardiaca, che costituisce il carattere patognomonico di questa affezione, è patente solo se l'atelettasia colpisce tutto un polmone e in ogni caso il lobo inferiore. Il fatto più netto è la scomparsa di tutti i segni stetoacustici preesistenti.

L'evoluzione è diversa rispetto ai casi che sopravvengono dopo un intervento chirurgico. Il misterioso tappo mucoso, al quale viene attribuito l'insorgenza dell'atelettasia post-operatoria, scompare spontaneamente e rapidamente in 4-6 giorni e la permeabilità polmonare ritorna normale. Nei tubercolosi emoftoici non vi è un tappo isolato, ma una colonna sanguigna che ostruisce tutto il bronco e tutta una inondazione a monte, che interessa bronchioli e alveoli. Il riassorbimento lento è dunque più frequente.

Radiologicamente è tipica l'oscurità massiva di tutto un polmone (o di uno o due lobi soltanto) e la retrazione.

La diagnosi è rimasta finora eccezionale. Una prima difficoltà è di natura radiologica. Occorre poter paragonare due lastre successive a tempi ravvicinati, di cui l'una, presa in pieno periodo emoftoico, è spesso difficile a realizzare in ragione dello stato grave del malato. Clinicamente poi, questi malati sono esaminati con una discrezione talora eccessiva e ci si preoccupa sopratutto di calmare l'emorragia: il contrasto fra ottusità, silenzio e vibrazioni allora sfugge, perchè non si osa far contare ad alta voce, far tossire e respirare un malato grave. I segni funzionali, così tipici negli operati, sembrano meno imponenti in un emoftoico e sono attribuiti al fattore emorragico e all'episodio tubercolare. Infine un fatto psicologico è in gioco: prima l'atelettasia post-operatoria era misconosciuta, ora tutti ci pensano e la diagnosi è facile; lo stesso avverrà per gli emoftoici solo che si pensi a questa eventualità.

Ci si può domandare se, a lato a questo grande dramma atelettasico non si presentino, più frequentemente di quanto non si pensi, dei piccoli episodi unilobari che hanno ancora maggiori probabilità di passare inavvertiti. Quando l'attenzione sarà stata attirata su questa possibilità si potrà forse interpretare come collassi parziali certi aspetti di lobite media, transitori e spontaneamente curabili.

Dal punto di vista terapeutico, la condotta logica è l'applicazione del pneumotorace se l'attrazione cardiaca è notevole: intervento di compressione e di contro-retrazione. Se l'atelettasia è invece ben sopportata, è più conveniente temporeggiare. C. TOSCANO.

ANESTESIA CHIRURGICA.

Un nuovo anestetico basale.

(NITZESCU e JACOBOVICI. *Pr. Méd.*, 1934, n. 17).

Vantati i benefici dell'anestesia di base, in associazione con l'anestesia per inalazione, e passati in rassegna i principali narcotici di base, gli AA. propongono un nuovo anestetico basale, la paraldeide.

Prodotto di condensazione o di polimerizzazione dell'aldeide acetica è un liquido incoloro solubile in otto parti di acqua; possiede proprietà ipno-anestetiche.

Agisce soprattutto sulla corteccia; i suoi effetti nocivi sugli organi parenchimatosi sono minimi.

Si usa per via endovenosa, sciolta in soluzione glucosata.

Considerando i risultati di 82 anestesie gli AA. osservano che queste sono decorse senza nessun incidente e con un'anestesia ottima. L'unico inconveniente sarebbe l'odore sgradevole prodotto dall'eliminazione dell'anestetico attraverso i polmoni. Il risveglio è tranquillo e senza vomiti. B. PAGGI.

Sul problema dell'anestesia.

(M. KIRSCHNER. *Munch. Med. Woch.*, 5 gennaio 1934).

Ogni azione portata sul corpo vivente e per ciò dunque ogni intervento operatorio comporta l'irritazione di numerose vie e centri nervosi. La via della sensibilità dolorosa si estende dalle porzioni centrali del cervello alle estremità periferiche dei nervi della sensibilità. La non dolorabilità di un'operazione sarà dunque ottenuta quando si farà in modo da evitare che gli stimoli periferici giungano ai centri del dolore. Ciò si può ottenere sia con una paralisi dei centri cerebrali del dolore per mezzo della anestesia generale, sia impedendo la formazione degli stimoli periferici per mezzo dell'anestesia locale, sia infine bloccando le vie della sensibilità dolorosa in un punto qualsiasi del loro decorso per mezzo della anestesia spinale o radicolare o dei grandi plessi.

La sede scelta per il bloccaggio delle vie sensitive non è senza importanza, inquantochè quanto più alta è la sede scelta tanto più difficile sarà limitare l'azione paralizzante sulla sola via sensitiva, venendo ad essere interessate altre vie nervose ed altre funzioni.

Da questo punto di vista la migliore delle anestesie è sicuramente quella periferica. E ciò e tanto più evidente se si pensa che, come per via riflessa, in una paralisi da sezione del midollo si hanno disturbi periferici, così anche stimoli periferici possono per via riflessa (senza cioè giungere al cervello) produrre lesioni nel territorio al disotto del blocco quando questo abbia sede nel midollo. Ma, nella pratica, l'anestesia locale presenta difficoltà non sem-

pre superabili e ciò specialmente negli interventi sull'addome.

Secondo l'A. il problema dell'anestesia in tali casi può essere risolto praticando quello che egli chiama « doppia anestesia »: egli pratica cioè un'anestesia spinale superficiale, mediante una soluzione pesante di percaina la quale invece di diffondersi subito nel *liquor* resta nella sede in cui è stata iniettata e ne può essere estratta dopo avere, per dir così, bagnato le radici spinali: con l'anestesia così ottenuta è facile allora praticare una accurata anestesia locale servendosi all'uopo dell'apparecchio dall'A. stesso ideato, nel quale una pressione di tre atmosfere permette una perfetta diffusione del liquido negli interstizi del tessuto, facilitando quindi anche dal punto di vista tecnico l'intervento.

Tale metodo che ha dato all'A. ottimi risultati in circa 5000 interventi è attualmente usato dall'A. in tutti, senza distinzione, gli interventi sull'addome.

G. LA CAVA.

L'efedrina e il carbogeno negli accidenti della rachianestesia.

(SCHOTTE. *La Presse Médicale*, 2 sett. 1933).

In base ad esperimenti personali l'A. ritiene che l'ipotensione consecutiva alla rachianestesia sia dovuta a due cause: 1ª blocco del simpatico vasocostrittore, e quindi vasodilatazione, nella zona anestetica; 2ª blocco del simpatico adrenalino-secretore e quindi diminuzione o anche soppressione della secrezione continua d'adrenalina destinata a mantenere il livello della pressione sanguigna. La somministrazione di adrenalina per via endovenosa, a parte gli inconvenienti che può provocare, ha un effetto passeggero, non superiore a qualche minuto; la somministrazione sottocutanea o intramuscolare ha scarsa efficacia. La transitorietà dell'azione dell'adrenalina è dovuta alla sua rapida ossidazione nei tessuti; un effetto costante e prolungato si ottiene con la fleboclisi continua, goccia a goccia, di siero fisiologico e adrenalina, questo metodo è però ingombrante e complicato, inoltre non ha quella rapidità d'azione necessaria per scongiurare una sincope imminente.

L'efedrina e l'efetonina (efedrina sintetica) viceversa, somministrate per via endovenosa, danno immediatamente un rialzo della pressione, considerevole e duraturo. La dose di cinque o dieci centigrammi, in una o due iniezioni, riporta la pressione al livello iniziale per un periodo di un'ora; la somministrazione per via endovenosa è ben sopportata; è bene non iniettare l'efetonina in via preventiva, prima della puntura spinale, perchè ciò sembra ostacolare lo stabilirsi dell'anestesia. Gl'incidenti conosciuti con il nome di « burrasca del ventesimo minuto » sono nettamente troncati dall'efedrina per via endovenosa.

Gli accidenti da ipotensione, però, non sono gli unici della rachianestesia; alle volte si hanno delle paralisi respiratorie; anche queste possono prodursi con un doppio meccanismo: 1º l'ipotensione provoca un difetto dell'irrorazione dei centri nervosi; questi casi cedono al trattamento dell'ipotensione; 2º l'arresto respiratorio è dovuto, oltre che all'anemia dei centri nervosi, alla loro intossicazione da parte dell'anestetico diffusosi verso l'alto. In questi casi, oltre la somministrazione di efedrina, è necessario praticare la respirazione artificiale, possibilmente con insufflazione ben regolata, protratta fino a completa scomparsa dello stato d'intossicazione del centro respiratorio. Il carbogeno (ossigeno + anidride carbonica al 7 %) è prezioso per l'azione stimolante specifica di cui è dotato il CO_2 sul centro respiratorio; di tale azione stimolante è privo l'ossigeno, quindi può accadere, allorchè si pratica la respirazione semplice o con il solo ossigeno, di doverla continuare anche oltre il periodo di paralisi rachianestetica, per la persistenza dell'apnea, dovuta alla mancanza di stimolazione bulbare.

Nell'efedrina e nel carbogeno, conclude l'A., abbiamo due poderosi mezzi per combattere gli accidenti della rachianestesia.

L. FERRETTI

MISCELLANEA.

Dati clinici sull'asma.

(L. J. WITTS. *The Lancet*, 10 febbr. 1934).

L'A. basa il suo studio sull'osservazione di 500 casi di asma curati in 4 anni; di essi, 350 avevano superato l'età di 15 anni. Le ricerche di confronto vennero fatte su 100 individui, che non presentavano segni di asma o di malattie analoghe.

CARATTERI CLINICI DELL'ASMA.

Gli accessi. — Mancano raramente nella storia degli asmatici. Vi può essere una certa difficoltà per la diagnosi se il medico non presenzia l'accesso; la storia di dispnea, di asma e di tosse comparenti ad accessi, specialmente alle ore piccole della notte od all'alzarsi al mattino è particolarmente dimostrativa per l'asma. Nei bambini e nelle donne giovani, l'asma può essere simulato dall'iperpnea isterica mentre, d'altra parte, il vero accesso di asma può essere prolungato da una dispnea nervosa. L'osservatore attento non può essere ingannato da queste condizioni in cui mancano l'enfisema acuto e la difficoltà espiratoria del vero asma.

Lo sputo. — È caratteristico quanto l'accesso. Contiene piccoli zaffi bronchiali, commisti a muco e saliva, meglio visibili su fondo scuro. Soltanto in pochi di tali zaffi, si vede, al microscopio, la struttura spirale; tutte queste masse gelatinose, però, hanno la stessa origine dal-

la secrezione di muco spesso nei bronchioli stretti ed il loro riconoscimento ha lo stesso valore che il reperto di cilindri per la nefrite. La maggior parte di questi zaffi contiene notevole quantità di eosinofili; l'eosinofilia, però, non è costante.

La risposta all'adrenalina. — Il vero asma viene sempre mitigato dall'adrenalina, somministrata a piccole dosi, non oltre 3/10 di cmc., eventualmente ripetute ad intervalli frequenti. La dispnea che non risponde all'adrenalina non è, probabilmente, un vero asma.

Il sangue. — Generalmente vi è aumento di eosinofili, che però può mancare nell'asma latente, come è il caso dell'asma da fieno durante l'inverno. Anche l'eosinofilia non è da considerarsi peculiare all'asma, avendosi sempre quando una proteina estranea penetra nell'organismo; nei bambini, si ha sempre ad ogni nuovo cibo aggiunto alla dieta e, negli adulti, dopo l'ingestione di notevole quantità di fegato.

I sintomi allergici. — Gli asmatici, spesso (40 %), soffrono od hanno sofferto di orticaria, rinorrea, eczema, febbre da fieno.

La storia familiare. — La presenza di asma o di una delle malattie sopra menzionate, in un membro della famiglia dell'asmatico si ha nel 60 % dei casi. Lo studio comparativo fatto su individui apparentemente sani fa escludere, però, che questo gruppo di malattie vada considerato soltanto come manifestazione di allergia o di ipersensibilità proteica ereditarie. Nel 30 e più per cento degli adulti, si ha una storia personale o familiare di allergia e la prova delle reazioni cutanee dimostra la grande frequenza dell'allergia latente, in confronto con la malattia manifesta.

Le reazioni cutanee. — In un'alta proporzione di asmatici, l'introduzione di minime quantità di proteina per via cutanea provoca una risposta cutanea esagerata. Il numero delle reazioni positive varia dal 30 all'80 %, secondo il numero delle prove, la tecnica usata e, soprattutto, l'età del paziente. Non risulta, però, che vi siano differenze biologiche fra gli asmatici che danno reazioni positive e quelli che le danno negative; neppure è giusta la suddivisione dell'asma in allergico-ereditario e bronchitico-acquisito.

Negli individui normali, Bruce ha trovato il 20 % con reazioni positive, in confronto del 75 % che ha avuto negli asmatici. Ad ogni modo, le reazioni sono più frequenti negli individui che hanno avuto sintomi allergici nel passato o con ascendenti che li hanno avuti.

Lo stato asmatico. — I casi più gravi della malattia sono spesso i meno tipici, come dimostra quello riferito dall'A. di un impiegato con storia familiare negativa per l'asma o malattie analoghe. L'asma si sviluppò a 27 anni, spontaneamente e con una cura di inalazioni e di autoemoterapia, scomparve per 3 anni e mezzo. Ritornò poi pure misteriosamente; gli accessi erano accompagnati da dispepsia flatulenta e da occlusione della narice sinistra (il setto nasale era deviato); unico fatto patologico, la pressione molto bassa (100/70). Prove cutanee, tutte negative, salvo una risposta dubbia al frumento. Il paziente si iniettava da sè l'adrenalina e si riteneva che egli esagerasse i suoi sintomi. Era stata decisa l'operazione sul setto, ma prima che fosse eseguita, il paziente fu preso dallo stato asmatico, che lo condusse a morte poche ore dopo l'ingresso all'ospedale.

L'A. cita altri tre pazienti morti nelle stesse condizioni. In tutti, mancava la storia familiare e personale di asma (questo era incominciato all'età adulta) e di stati allergici; tutte le prove cutanee erano negative. È ben difficile il connettere tali fatti alla teoria che l'asma è una distrofia allergica ereditaria, semplicemente spiegabile con l'ipersensibilità alle proteine.

Quando si seguono a lungo gli asmatici, si è costretti a ritenere che vi sono delle variazioni nella resistenza all'asma, periodi in cui il minimo stimolo basta a provocare l'accesso ed altri invece in cui il paziente può prendersi maggiori libertà, tanto da arrivare a credersi ormai immune. Tali fluttuazioni sarebbero insite al paziente stesso e non connesse con variazioni ambientali e le loro variazioni sarebbero regolate da forze ignote, di cui è da auspicarsi la scoperta.

MALATTIE ASSOCIATE CON L'ASMA.

È evidente che asma ed allergia non sono sinonimi; non è sempre possibile il dimostrare l'ipersensibilità proteica in tutti gli asmatici, ma questo in verità potrebbe dipendere dal fatto che le nostre prove non sono complete. Una tendenza allergica può essere dimostrata nella grande maggioranza dei bambini e nel 20-30 % degli adulti; ma soltanto una piccola proporzione (dal 0,2 al 3,5 % della popolazione generale) soffre di asma. Molti dei fattori invocati per lo sviluppo dell'asma ne sono, in realtà soltanto degli effetti. L'A. ha studiato, nei suoi 500 casi, la storia patologica, per vedere se le malattie di cui essi hanno sofferto potessero gettare qualche luce sulla provocazione dell'asma.

Infezioni. — Sono state prese specialmente in considerazione la tubercolosi ed il reumatismo. Per la prima, alcuni medici dell'Europa continentale tendono ad ammettere un certo rapporto. L'esperienza dell'A. (che è di Londra) è invece favorevole ad un certo antagonismo fra le due malattie. Tutti i pazienti dell'A. sono stati radiografati e studiati a tale proposito. La proporzione totale delle lesioni tubercolari (ghiandole, peritoneo, polmoni, pelle, reni) è stata trovata di 1,2 %.

Un antagonismo analogo si trova per il reumatismo, il che presenta un certo interesse per il fatto che si ritiene che il reumatismo sia associato con l'ipersensibilità allo streptococco.

L'associazione del reumatismo con l'asma è stata trovata del 2,6 % per quello acuto e del 0,8 % per il cronico.

Malattie del tratto digerente. — Spesso l'asma è accompagnato da dispepsia flatulenta e da spasmi del colon, ma i sintomi gravi sono eccezionali. L'associazione con le diverse malattie si è avuta nella seguente proporzione: ulcera peptica 1 %; colecistite 0,6 %; appendicite acuta 2,2 %; appendicite cronica 0,6 %; anemia (tutte donne) 1,4 %; itterizia catarrale 1,2 %. Per quanto riguarda l'acloridria che si osserva nei bambini asmatici, egli ritiene che si tratti di una gastrite allergica per alimenti a cui il bambino è sensibile; una specie di « eczema » dello stomaco, che coesiste spesso col vero eczema. L'uno e l'altra scompaiono con l'età mentre l'asma rimane.

In complesso, non vi è nessun fatto che possa dimostrare che l'asma è il risultato di una tossiemia alimentare. Se anche talvolta l'asma è migliorato con la somministrazione di un purgante, non bisogna dimenticare che lo stesso fatto si osserva per l'epilessia od il diabete.

Vie respiratorie superiori. — Nel 15 % dei casi dell'A. sono stati praticati interventi sul naso (seni. setto, turbinati, polipi), ma lo scarso risultato di questi è dimostrato dal fatto che per la maggior parte essi erano stati praticati in precedenza. Fra quelli praticati in seguito, il 65 % non ha avuto alcun beneficio, nel 21 % si è avuto un miglioramento con ricaduta dopo pochi mesi e nel 14 % una miglioria di maggior durata.

Non vi è nulla che possa provare l'esistenza di un tipo speciale di asma nasale.

Vie respiratorie inferiori. — Nella maggior parte degli asmatici, si trovano delle malattie dei bronchi o dei polmoni, che si fanno più evidenti col prolungarsi dell'asma, il quale viene assumendo sempre maggiormente i caratteri di una malattia respiratoria. Nella fanciullezza, gli accessi durano spesso 2-7 giorni e sono accompagnati da cefalea, vomiti, disturbi intestinali e prostrazione generale. Col progredire dell'età, i sintomi di intossicazione generale sono sempre meno pronunciati e prevalgono invece la dispnea, l'asma e la tosse; gli accessi durano meno, ma la scomparsa dei sintomi è più rara, sicchè il 50 % degli adulti asmatici ha dispnea interaccessuale. Frequente è la bronchite e l'esame dello sputo dimostra che i bronchioli terminali sono infetti nei 3/4 dei casi.

È difficile il decidere se i sintomi respiratori siano la causa o l'effetto dell'asma; in complesso, si può ammettere un'abnorme suscettibilità degli asmatici per le lesioni delle vie respiratorie ed è probabile che le lesioni locali costituiscano talvolta il fattore decisivo fra l'allergia latente e quella manifesta.

Sistema circolatorio. — Il così detto asma cardiaco o renale non ha nulla a che fare col vero asma. Raramente, si ha coesistenza di asma e malattie cardiache (i vizi mitralici si riscontrarono solo nel 0,4 % dei casi dell'A.).

Per quanto riguarda la pressione, non vi è notevole differenza fra gli asmatici e quelli che non lo sono. Le basse pressioni non sono più frequenti che nei sani. Una pressione più elevata che 150 venne trovata nel 15 % degli asmatici oltre i 30 anni; di questi, il 45 % aveva un'anamnesi familiare di asma o di malattie allergiche ed il 42 % dava reazioni allergiche positive. Non vi è differenza clinica fra gli asmatici con o senza iperpressione.

Sistema urogenitale. — Anche per questo, non si è trovato nessun rapporto fra l'asma e le malattie di tale sistema, che sono state trovate in percentuali minime (dal 0,2 a 1,2 %).

Sistema endocrino. — L'asma è stato attribuito a difetti di tale sistema e recentemente Burn ha rimesso in onore l'ipotesi che l'asma dipenda da una scarsa produzione di adrenalina. La rarità dell'associazione dell'asma con il morbo di Addison e la normalità della pressione nell'asma sono argomenti contro tale veduta. Le malattie delle ghiandole endocrine sono assai rare nell'asma (da 0,2 a 0,6 %).

Sistema nervoso. — È noto che l'asma è profondamente influenzato dallo stato emozionale. Negli asmatici cronici, i riflessi condizionati sono molto sensibili, sicchè bastano stimoli banalissimi per indurre l'accesso; in alcune donne, la mestruazione si accompagna invece che a cefalea, ad attacchi di asma. Si tratta però di fatti insufficienti per poter considerare l'asma come una psiconeurosi.

Nella serie dei casi dell'A., le malattie del sistema nervoso mancavano, fatta eccezione per una donna che ebbe apoplessia durante un accesso, da cui residuò un'emiplegia sinistra. L'epilessia si riscontrò soltanto nel 0,4 % dei casi della serie.

In complesso, risulta che la differenza più saliente fra l'asmatico ed il normale è data anzitutto dalla frequenza dell'ipersensibilità alle proteine, manifestantesi sia con le reazioni cutanee, sia per gli effetti sul paziente o sui familiari; un'altra differenza è data dall'elevata proporzione delle malattie delle vie respiratorie superiori od inferiori.

Si potrebbe tentare una concezione patologica nella coincidenza dell'allergia con le malattie respiratorie. Ma non bisogna dimenticare che si può avere un asma grave in pazienti senza manifestazioni allergiche nè malattie delle vie respiratorie. Queste ultime possono seguire come precedere l'asma e possono quindi esserne considerate la causa come l'effetto. Esse, come la sensibilità alle proteine, sono, del resto, frequenti nella popolazione generale. Una condizione da tener presente è la possibilità che le fluttuazioni dell'asma dipendano dalle variazioni dell'ambiente interno, piuttosto che da quello esterno o da condizioni dell'apparato respiratorio. *fil.*

Disturbi vaso-motori delle estremità nel corso di malattie digestive.

(L. FERRABOUC e A. JUDE. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 febbraio 1934).

I disturbi digestivi di origine digestiva sono frequenti e prendono forme varie. Talora si tratta di disturbi cardiaci, talora di disturbi vascolari. In questa seconda categoria sono compresi i disturbi vaso-motori delle estremità. descritti da Trémolière e da Guilloire nella entero-colite muco-membranosa, ma che si possono osservare anche in altre malattie dell'apparecchio digestivo.

Gli AA. riportano le storie cliniche di tre infermi, affetti da malattie organiche dell'apparato digestivo, due da tiflocolecistite e il terzo da periviscerite sotto-epatica, e che presentavano inoltre una sindrome che aveva tutti i caratteri essenziali di quella descritta da Maurice Raynaud, cioè: vaso-costrizione pronunciata delle estremità, evoluzione parossistica della vaso-costrizione e simmetria.

Gli AA. ritengono che questi disturbi vascolari siano, nei loro malati, subordinati all'affezione digestiva sia perchè in soggetti affetti da malattie diverse dell'apparato digestivo è possibile, non raramente, mettere in evidenza delle sindromi di Raynaud più o meno complete, mentre in circa la metà dei casi di m. di Raynaud si riscontra una affezione digestiva; sia perchè nei tre malati studiati i disturbi circolatori sono comparsi dopo i disturbi digestivi; sia infine perchè in due delle tre osservazioni, sotto l'influenza del trattamento dell'affezione digestiva, migliorò la sindrome vaso-motoria.

Quanto alla patogenesi pensano a un'origine riflessa, analoga a quella delle bradicardie digestive e a quella dell'angina di petto di origine digestiva. Il miglioramento immediato della sindrome in uno dei soggetti sotto l'influenza di un trattamento diatermico praticato in corrispondenza della regione sotto-epatica parla appunto per l'origine riflessa.

Gli AA. non pensano però che la malattia digestiva sia in questi casi la causa unica dei disturbi vaso-motori. Occorre un terreno speciale, uno squilibrio vago-simpatico di cui esistevano i segni negli ammalati presi in considerazione (bradicardia, instabilità del polso e della pressione arteriosa, emotività, irritabilità, insonnia, riflesso oculo-cardiaco esagerato, riflesso solare positivo).

Gli AA. mettono infine in evidenza che i soggetti nei quali hanno trovato dei disturbi circolatori secondari, più o meno accentuati, erano tutti affetti da malattie della regione sotto-epatica, sia piloriche, sia vescicolari, sia coliche, sia miste, regioni vicine a organi sensibili, ricche di potenziale riflesso, e che tutti presentavano delle reazioni peri-viscerali adesive.

C. TOSCANO.

La cura del parkinsonismo postencefalitico.

(A. F. HURST. *Lancet*, 10 marzo 1934).

Il numero delle forme di parkinsonismo postencefalitico va sempre più aumentando, ed in conseguenza si vanno moltiplicando gli studî per trovare una cura adeguata.

Le analogie con la paralisi agitante hanno indotto ad utilizzare lo stesso trattamento in uso per detta affezione.

Il rimedio quasi specifico del morbo di Parkinson è la ioscina. Hurst ricorda che da oltre venti anni ha preconizzata la somministrazione della ioscina associata alla pilocarpina, che consente di somministrarne in dosi elevate e per lunghi periodi prevenendo anche la secchezza della bocca e la paralisi dell'accomodazione, senza per altro diminuirne l'efficacia calmante su i tremori. Con questo metodo si possono dare ogni giorno fino a dieci centigrammi di ioscina divisi in tre o quattro dosi. Quantunque il tremore non sia frequentemente calmato, tuttavia esso diventa sempre meno penoso.

Contrariamente a quel che poteva attendersi gli effetti di questo trattamento sono diversi per le sindromi parkinsoniani postencefalitiche. La ioscina non ha alcuna influenza su i tremori, che del resto sono sempre meno accentuati che nella paralisi agitante, mentre ha una netta azione favorevole sulla rigidità, che nel morbo di Parkinson essenziale rimane inalterata anche se il medicamento è dato in forti dosi associato alla pilocarpina.

Nel 1926 Laignal-Levastine e Valence notarono che la rigidità, la lentezza dei movimenti, la salivazione sono beneficamente influenzate dallo stramonio, che contiene iosciamina e atropina. Carmichael e Green adoperando la tintura di stramonio notarono che migliorano anche le condizioni mentali, e che i pazienti ne sono tanto soddisfatti da continuarne l'uso anche quando sopravviene la paralisi dell'accomodazione e forte secchezza della bocca.

Hurst trovò che questi inconvenienti possono essere eliminati, almeno in parte, dall'aggiunta di nitrato di pilocarpina, che deve essere aggiunta verso sera all'ultima presa di stramonio.

Gli effetti sono talvolta sorprendenti: infermi completamente appartati e inabili, riprendono la loro vita di relazione, la loro attività.

L'effetto dei medicamenti viene fortemente intensificato se si pratica contemporaneamente un'adatta, vigorosa psicoterapia, che deve essere esercitata da infermiere accorte, da amici intelligenti. Il paziente deve essere rieducato all'azione perchè la letargia del corpo provoca la letargia dello spirito. Con l'isolamento, l'inattività il paziente perde ogni capacità d'iniziativa, e di risoluzione, il piacere del lavoro, ogni interesse per le cose che lo

circondano. Conviene pertanto infondergli la convinzione della sua riadattabilità alla vita sociale, alla quale deve essere ricondotto stimolandolo dolcemente. Gli si faranno a poco a poco riprendere tutti i contatti, lo si riadatterà al lavoro, gli si farà riacquistare con opportuni esercizi l'uso spedito degli arti.

Tra i postumi più frequenti dell'encefalite letargica vi sono i disturbi del sonno, sonnolenza durante il giorno e insonnia durante la notte, che possono essere o non associati al parkinsonismo. Tali disordini possono esistere separatamente o insieme. La sonnolenza diurna si cura con la caffeina e l'efedrina somministrate nelle ore antimeridiane, l'insonnia con il luminal o medinal somministrato nelle ore serali. Nel caso di coesistenza dei due disturbi si possono praticare ambe le cure, eccitante al mattino, ipnotica alla sera. A poco a poco il sonno riprende il suo ritmo ordinario. DR.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Le diastasi tissulari. Fattore opoterapico.

(F. MIGNON. *Presse Méd.*, 24 febbraio 1934).

È possibile ottenere, dagli organi freschi di animali sani, con un metodo di estrazione delle diastasi, delle sostanze che somministrate a dosi debolissime (1 mmgr. al giorno, per iniezione o per ingestione) a soggetti affetti da insufficienze funzionali dei vari organi (fegato, cuore, rene, polmoni, tiroide, ovario, surreni, ecc.) permettono di ottenere la scomparsa o l'attenuazione dei fenomeni di insufficienza funzionale, per ristabilimento dell'attività nutritiva.

Questi estratti tissulari presentano una specificità di organo molto netta. Essi agiscono d'altra parte a dosi debolissime e l'intensità o la rapidità della loro azione non sono in rapporto con la dose. Essi sono inoltre privi di azione sui soggetti sani, anche a dosi massive. Si comportano dunque non come eccitanti funzionali (alcaloidi, ormoni), ma alla stregua di catalizzatori tissulari, presiedendo agli atti chimici della nutrizione. Questi estratti tissulari, che per i loro caratteri e le loro proprietà fisico-chimiche non possono essere che delle diastasi tissulari, costituiscono dunque un nuovo fattore opoterapico. All'*ormonoterapia* si aggiunge la *organozimoterapia*.

Questi due metodi terapeutici si completano e non hanno le stesse indicazioni. L'ormonoterapia è solo efficace nei casi di ablazione di organi (ovaia, tiroide, ecc.). D'altra parte, l'organozimoterapia non può dare risultati che quando l'organo malato non ha i suoi elementi nobili interamente distrutti dalla sclerosi; in questo caso solo l'ormonoterapia è utile.

L'ormonoterapia è ugualmente indicata nelle deficienze gravi con sintomi allarmanti in cui vi è interesse ad agire presto. Costituirà dunque il trattamento iniziale.

Ma l'ormonoterapia, apportando in abbondanza all'organismo l'ormone già pronto, non può, alla lunga, che rendere ancora più difettosa la ghiandola già deficiente. Questa terapia è impotente a produrre, per azione diretta, il miglioramento dell'organo malato. Questo miglioramento, quando esiste, non può esser dovuto che a un'azione indiretta legata al miglioramento dello stato generale. Con la zimoterapia l'organo malato può essere influenzato favorevolmente sia per questa azione indiretta sia per un'azione diretta sulla sua nutrizione che è riportata allo stato normale, grazie all'apporto dei catalizzatori biochimici deficienti. L'organo leso si trova così nelle migliori condizioni possibili perchè possa mettere in gioco le forze riparatrici esistenti allo stato potenziale in ogni tessuto vivente.

L'organozimoterapia differisce dunque dall'ormonoterapia nei punti seguenti:

1) Essa permette di sperare in una attenuazione della lesione, per un'azione diretta sulla nutrizione dell'organo malato;

2) Non può in alcun caso essere nociva, dal momento che i principî somministrati non sono degli eccitanti funzionali, non hanno alcuna azione per sè stessi e si sforzano di ristabilire l'attività nutritiva e funzionale dell'organo deficiente. Non sono dunque da temere disturbi da iperfunzione;

3) Essa permette di ottenere risultati per organi (polmone, stomaco, intestino, ecc.) dai quali non è stato finora possibile estrarre alcun ormone. C. TOSCANO.

Sulla terapia dell'ascesso polmonare con le onde corte.

(S. FIANDACA. *Rif. Med.*, 3 marzo 1934).

Le infezioni locali da stafilococchi e streptococchi rappresentano il campo di elezione della terapia a onde corte. Nel campo delle suppurazioni profonde i migliori risultati sono stati realizzati negli ascessi polmonari, negli empiemi pleurici e nelle osteomieliti con l'utilizzazione di campi di inondazione di notevole intensità.

L'A. riporta i risultati ottenuti in due casi di ascesso polmonare curato con onde corte.

Nel primo caso si trattava di un ascesso polmonare metapneumonico interessante gran parte dei lobi superiore e medio del lato destro. Furono usate onde di 15 metri, emessi da un apparecchio Siemens a valvola termoionica della potenza di circa 500 watts. Le applicazioni furono quotidiane e della durata di 10' nei primi due giorni e di 15' nei successivi. Gli elettrodi, del diametro di 16 cm. circa furono applicati uno anteriormente e l'altro posteriormente sulla porzione superiore dell'emitorace destro, con l'interposizione oltre che della capsula di vetro che protegge

gli elettrodi metallici, di una maglia di lana. Il trattamento fu diviso in due serie di 7 sedute, separate da 4 giorni di riposo.

Il miglioramento fu immediato e contrassegnato dalla scomparsa del dolore; al 5° giorno scomparve anche la febbre, mentre la tosse, pur diminuendo di intensità, continuò a persistere fino alla fine del trattamento. Lo espettorato ridotto a circa 5-10 cc. *pro die* era prevalentemente mucoso e non presentava più il caratteristico odore fetido. Le condizioni generali migliorarono notevolmente, l'infermo aumentò di circa 4 kgr., l'astenia scomparve, l'appetito divenne sveglio. Anche i segni obiettivi mostrarono una sensibile regressione.

Il secondo caso riguardava un ascesso polmonare, da cisti di echinococco suppurata, interessante la metà inferiore del polmone destro, con modico versamento pleurico; infiltrazione polmonare alla regione parailare superiore sinistra tendente alla fluidificazione.

La tecnica adoperata fu identica a quella usata nel caso precedente con la sola variante del prolungamento della durata della irradiazione dopo il 4° giorno.

Il miglioramento fu immediato come nel caso precedente; al 7° giorno però, quando la sintomatologia era quasi del tutto scomparsa e le condizioni generali dell'infermo sensibilmente migliorate, intervenne una vomica ed il quadro tornò a peggiorare. Una nuova serie di applicazioni portò ad un nuovo miglioramento.

C. TOSCANO.

DIVAGAZIONI

Innesti testicolari da uomo a uomo.

Durante gli ultimi quattro anni si è svolta in Italia una singolare vicenda giudiziaria, che ha percorso tutti i gradi dei collegi di giustizia dal Tribunale di Napoli alla Corte di Cassazione del Regno. L'argomento della vertenza è di carattere medico e la maggior parte dei personaggi sono medici: vale quindi la pena che il nostro giornale se ne occupi.

Il fatto avvenne a Napoli nell'ottobre 1930. Il personaggio principale è un cittadino americano V. L. P., oriundo italiano, e che italiani ha conservati il nome ed il cognome. Il danaro guadagnato o ereditato negli Stati Uniti non era valso ad impedire o ad arrestare il fatale avanzarsi della vecchiaia. Venne in Italia nella speranza di riguadagnare le forze perdute nella terra paterna: invano. Pensò allora a rimedi meno empirici, agli innesti glandolari. E poichè non doveva badare a spese si propose di farsi rivivificare invece che dalle glandule interstiziali delle scimmie, da validi testicoli umani. Per la bisogna si rivolse ad alcuni chirurgi di Napoli, i quali non poterono subito accontentare il richiedente perchè il materiale occorrente non era a portata di mano, o per lo meno facilmente acquistabile.

Naturalmente la notizia del desiderio espresso dal ricco e non più valido italo-americano si diffuse come un baleno, e fu raccolto da uno studente ventiquattrenne ricoverato nell'Ospedale degli Incurabili. Questi si offrì di sacrificare uno dei suoi due testicoli in cambio di moneta sonante, la cui quantità non è precisata nelle sentenze compulsate.

L'operazione fu eseguita in una Clinica chirurgica privata ed ebbe risultati brillantissimi.

La ferita operatoria dello studente cicatrizzò regolarmente in otto giorni: l'operato florido, sano e meno povero riprese le sue normali occupazioni, e, come fu più volte constatato conservò intatta la sua potenza virile e la capacità a procreare.

Dall'altro canto l'italo-americano assunse un aspetto ed un contegno giovanile e riacquistò l'ardore erotico.

Le cose si erano svolte con grande soddisfazione di ambo le parti, del datore e del ricevente, e, giova crederlo, anche degli operatori.

Ma tanto gaudio fu turbato dall'intervento dell'autorità giudiziaria. Il caso, data la sua novità ed il suo particolare sapore, fece molto rumore, giunse all'orecchio del Procuratore del Re il quale trovò che la cosa sconfinava entro il Codice Penale, e intervenne.

Fu promossa azione penale contro i quattro medici che avevano proceduto all'operazione, e contro l'italo-americano, per il reato di lesione volontaria produttiva di indebolimento permanente dell'organo della generazione commessa in danno dello studente.

Il Tribunale di Napoli, a seguito di accertamenti peritali, escluse che il Salvatori avesse riportato l'indebolimento permanente dell'organo e ammise solo trattarsi di lesione lievissima per la quale era discriminante il compenso dato dall'offeso, ed, esclusa la esistenza del dolo con sentenza del 20 novembre 1931 prosciolse gli imputati perchè il fatto loro ascritto non costituiva reato.

Questa sentenza non appagò il Pubblico Ministero, il quale interpose appello.

La Corte d'Appello di Napoli con sentenza del 30 aprile 1932 confermava la sentenza del Tribunale ribadendone e ancor più sviluppandone i concetti informatori.

Contro questa sentenza ricorse il Procuratore generale e così la quistione fu portata all'esame del supremo consesso giudiziario.

La Corte di Cassazione con sentenza del 31 gennaio 1934 ha rigettato il ricorso sostituendo all'assoluzione degli imputati « perchè il fatto non costituisce reato » quella dell'assoluzione degli imputati « per non essere punibili, avendo commesso il fatto con il consenso dell'avente diritto ».

La conferma ed il mutamento della formula dell'assoluzione è motivata nella sentenza con dotti e sottili argomenti giuridici che non è

il caso di riportare. A noi importano, per le loro conseguenze dottrinali e professionali, i motivi biologici e sociali che hanno informato il giudizio dell'alto consesso.

Questo ha ragionato così: lo studente non ha subito alcuni danno, l'italo-americano ha goduto un vantaggio, la morale pubblica non è stata offesa, la collettività non è stata lesa anzi si è arricchita di un altro elemento procreatore.

L'ablazione di un testicolo importa un danno incerto e remoto in quanto alle eventuali affezioni patologiche che possono colpire il testicolo superstite. Sta di fatto che questo subì un processo di ipertrofia, ed assicurò la funzione sessuale e la capacità di generare dell'operato senza turbare il di lui stato generale. Egli continuò a mantenere la sua personalità naturale, e può sopportare senza sensibili disturbi e senza impedimenti ai suoi doveri sociali, la lieve diminuzione dell'integrità personale indotta dalla semplice perdita anatomica.

Di fronte a tale danno trascurabile stanno i benefici effetti apportati all'innestato, consistenti essenzialmente nel rinvigorimento della funzione genetica, oltre che nel vantaggio generale di tutto l'organismo.

Il vantaggio alla salute di un'altra persona è già di per sè uno scopo di particolare valore sociale. Nel caso di trapianto di glandola sessuale questo caratterte risalta con maggiore evidenza, in relazione al fatto che il principale beneficio è costituito dal riacquisto delle energie genetiche.

Questo scopo si presenta, nel caso in quistione, come incorporato nel consenso, imprimendo al negozio una particolare caratteristica che lo fa apparire oggettivamente come un mezzo favorevole alla procreazione, quindi, come un mezzo, secondo la morale, di particolare valore sociale. Lo Stato è oggi favorevole all'aumento della popolazione e quindi ogni atto che concorra a tale fine acquista un elemento morale.

Il fatto che lo studente ricevette un compenso pecuniario non altera la finalità obiettiva del suo sacrificio. La pretesa di un compenso riesce immorale solo quando è immorale l'oggetto del negozio.

D'altra parte non può negarsi, entro certi limiti, il diritto di pretendere un compenso a chi si espone per altrui vantaggio a un pregiudizio del proprio corpo. La legge non regola le azioni umane sulla base di un misticismo che non risponde alla coscienza comune, perchè, altrimenti, si ostacolerebbero talune prestazioni che si risolvono in un beneficio per la collettività.

Per decidere della moralità di un consenso non si deve guardare all'elemento del lucro isolato dallo scopo del negozio, ma occorre considerare il risultato di tutti gli elementi del negozio stesso alla stregua delle idee prevalenti nell'ambiente sociale. Ora, tenendo conto degli elementi che formano il contenuto del consenso nel caso in quistione, e considerandoli nella loro influenza reciproca, non può dirsi che si ebbe un risultato pratico condannato dalla morale sociale.

Certo, se si dovesse giudicare la moralità alla stregua dei principì astratti, potrebbe sostenersi che il consenso dato dallo studente per la mutilazione, ferisca il sentimento morale, ma la morale a cui il diritto si riferisce, non è una mera morale astratta e quindi influenzata da vedute soggettive, ma la morale concreta o pratica, quale è avvertita dalla collettività in un determinato momento storico.

Tali i motivi che hanno indotta la Corte Suprema a confermare l'assoluzione degli imputati, motivi in parte differenti da quelli dedotti dai giudici di prima istanza e della Corte di Appello.

Il fatto che in tre gradi di giurisdizione si sia sempre riconosciuta, e per motivi varî, la impunibilità delle persone che concorsero al fatto, prova come oramai gli innesti testicolari da uomo a uomo, in determinate condizioni, non costituiscano un'azione condannata dalla morale pubblica e perseguibile dalla legge.

La novità della quistione spiega tutto l'interesse che su essa si è portato.

Tale interesse è stato accresciuto dai concetti arditi e spregiudicati che hanno informato il giudizio dei varî magistrati.

L'insistenza con la quale l'ufficio del Pubblico Ministero ha ricorso contro le sentenze di assoluzione è l'indice dell'incertezza che domina la morale corrente nel giudicare azioni del genere.

La Corte Suprema ha detto la parola decisiva, ha dato la norma informativa che orienterà la coscienza morale pubblica. *argo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. NOBÉCOURT e L. BABONNEIX. *Traité de Médecine des enfants*, vol. II, Masson, Paris, 1934, fr. 150.

A poca distanza dal primo volume appare questo secondo, dedicato alle malattie infettive ed alle affezioni del sangue e degli organi ematopoietici.

Le singole infezioni sono esaurientemente trattate sotto i vari punti di vista epidemiologici e clinici, in modo da offrire dei quadri quanto è più possibile completi, sorvolando sui dati che non hanno avuto la conferma della pratica e del laboratorio.

Veramente ottime le due monografie sulla sifilide congenita e sulla tubercolosi infantile, svolte con chiarezza di vedute, ed aggiornate di tutte le più recenti acquisizioni scientifiche in questo campo.

Anche la patologia del sangue e degli organi ematopoietici è svolta con gli stessi caratteri fondamentali di praticità, che offrono al medico la possibilità di orientarsi rapidamente nella differenziazione dei singoli quadri morbosi.

M. FABERI.

P. NOBÉCOURT e L. BABONNEIX. *Traité de Médecine des enfants*. III. Vol. III. Masson, Paris, 1934. Fr. 170.

In questo 3° volume vengono trattate le affezioni viscerali, e cioè le malattie dell'apparato circolatorio, respiratorio e digestivo.

La trattazione delle singole forme è completa e gran parte è riservata all'indagine radiologica, la quale rappresenta oggi un ausilio indispensabile per l'esatta diagnosi, specie nei primi due gruppi di affezioni.

Interessanti, per la loro originalità, le monografie di Hutinel sopra gli ascessi del polmone, le bronchiectasie e l'eredosifilide respiratoria, nonchè quella ampia e perfettamente aggiornata di Levesque sulla tubercolosi polmonare infantile.

Quasi la metà del volume è dedicata alle malattie dell'apparato digerente, ed è da segnalare come notevole lo sforzo di Cathala, Semelaigne e Lelong nella sistemazione dell'intricato capitolo delle dispepsie gastro-intestinali nei varî periodi dell'infanzia.

Valorosi specialisti hanno infine collaborato per i capitoli riguardanti le questioni di otorinolaringologia e di chirurgia, tra i quali importante quello che si riferisce all'appendicite nell'età infantile.

M. FABERI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

A. SOLÉ e W. SPRANGER. *Lehrbuch für Säuglings- und Kinder Schwestern*. Vol. di pag. 264 con 213 figure. J. F. Lehmanns, Monaco, 1934.

I trattati di puericultura e di assistenza all'infanzia non fanno davvero oggidì difetto, e se ne pubblicano continuamente in tutte le lingue.

Questo dei due AA. tedeschi attira senz'altro l'attenzione per l'abbondante materiale che racchiude, e l'ordine ammirevole col quale sono svolti i singoli capitoli, arricchiti da numerose illustrazioni veramente dimostratitve.

Il libro è stato scritto per le infermiere, ma anche ai medici può riuscire utile, come base di consultazione per corsi d'insegnamento di puericultura.

M. FABERI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 17 aprile 1934.

Presidenza: Prof. C. RIGHETTI.

Vaccinazione Jenneriana e reazioni allergiche del nevrasse.

Dott. R. ATTIMONELLI. — Espone le varie ipotesi avanzate finora per spiegare l'etiopatogenesi delle encefalopatie post-vacciniche e richiama l'attenzione sulla nota possibilità che le complicanze nervose della vaccinazione jenneriana poggino su base allergica.

Riferisce sulle sue ricerche compiute su un gruppo di conigli e di cavie, nei quali, dopo aver provocato una sensibilizzazione con filtrato di vaccino per via circolatoria, a distanza di tempo ha cercato di determinare una reazione allergica a livello del nevrasse unendo all'azione scatenante del vaccino inoculato per via cutanea, l'azione fissatrice del freddo ottenuta con raffreddamento della testa degli animali.

Con questa tecnica l'A. ha ottenuto in alcuni conigli la comparsa di deficit motori; l'esame istologico del nevrasse degli animali colpiti ha messo in evidenza lesioni vasali consistenti principalmente in piccoli focolai emorragici oltre ad infiltrati di cellule linfocitoidi a sede prevalentemente perivasale.

Discussione: prof. SANGIORGI.

L'influenza del sistema endocrino sui processi degenerativi e rigenerativi dei rami nervosi periferici.

Dott. V. MASELLI. — L'O. ha studiato la rigenerazione nei monconi dei nervi sciatico e femorale sezionati in 16 conigli e 12 cani alcuni tiroidectomizzati, altri surrenectomizzati ed altri castrati. Dai reperti istopatologici ottenuti con il metodo fotografico di Ramon y Cajal, l'O. è portato a ritenere che sia i processi degenerativi che quelli rigenerativi dei rami nervosi periferici sezionati non mostrano modificazioni evidenti ri-

spetto ai controlli di animali a sistema endocrino integro.

Discussione: prof. BISCEGLIE.

Sul trattamento delle cisti da echinococco aperte nelle vie biliari.

Prof. G. CECCARELLI. — L'O., illustrati due casi di questa grave complicazione delle cisti da echinococco del fegato da lui operati, prende occasione per discutere sulle possibilità diagnostiche e sul trattamento da seguire che non dovrà essere contenuto entro limiti rigidi prestabiliti come vorrebbero i chirurghi argentini, che preferiscono aggredire le cisti, e quelli francesi che consigliano di aprire il coledoco.

A suo avviso conviene, a seconda dei casi, comportarsi diversamente e in circostanze particolarmente favorevoli si potrà marsupializzare le cisti e drenare anche le vie biliari extra-epatiche per dominare la angiocolite che quasi sempre esiste.

L'innesto omoplastico peduncolato di cute nell'uomo.

Prof. M. RONZINI. — Riferisce i primi risultati di alcune sue ricerche originali condotte su due individui tenuti in connessione parabiotica, dei quali l'uno fece da donatore di cute e l'altro da ospite. Dopo 8 giorni fu sezionato il peduncolo del lembo cutaneo innestato che si dimostrò riccamente vascolarizzato. Tuttavia il lembo stesso in 19ª giornata si eliminò spontaneamente in preda a processo di mummificazione. Conclude da queste prime ricerche che nei riguardi dell'innesto omoplastico il fattore vascolare nutritizio (assicurato nella varietà peduncolata) pur essendo di grande importanza, non è sufficiente a controbilanciare il fattore antagonistico esistente tra la cute dei singoli soggetti.

La determinazione dei gruppi sanguigni integra le presenti indagini. Sullo stesso argomento sono in corso altre ricerche sulle quali l'O. si propone di presto riferire.

Discussione: proff. POPPI, CECCARELLI.

Neoplasma solido dell'ovaio o annessite cronica?

Prof. F. D'ERCHIA. — L'O., illustrando un caso di carcinoma primitivo dell'ovaio, derivato dalle cellule germinali o follicolari, prospetta le grandi difficoltà diagnostiche differenziali fra i tumori solidi piccoli dell'ovaio, a sede ancora pelvica, e le altre affezioni morbose utero-annessiali.

L'O. è del parere che per potere superare dette difficoltà, sia indispensabile largheggiare in laparotomie esplorative, ai fini diagnostici e per l'asportazione tempestiva di tutti i tumori solidi dell'ovaio fra i quali, come nel suo caso, possono trovarsi carcinomi, diagnosticabili solo microscopicamente.

Rottura traumatica di sacca idronefrotica.

Dott. FR. CASSITTO. — Espone un caso clinico di rottura di sacca idronefrotica per trauma diretto e prende argomento per trattare di questa rara affezione facendo seguire considerazioni di ordine diagnostico, terapeutico e medico-legale. Queste ultime utilizzabili oltre che nei campo della infortunistica civile anche nella prassi del servizio militare.

Il Segretario: M. RONZINI.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta ordinaria del 13 aprile 1934.

Presiede il prof. G. BERTACCINI, presidente.

Su la terapia dell'ulcera gastroduodenale con il benzoato di sodio.

Dott. N. SABATINI. — L'O. con attenta osservazione sul decorso clinico di ammalati di ulcera gastrica e duodenale, trattati con benzoato di sodio per via endovenosa, conclude affermando che i risultati da lui ottenuti non sono così netti e così favorevoli da far ritenere il benzoato di sodio un'arma della cui azione benefica e definitiva non si può dubitare.

Contributo clinico, anatomo-patologico ed istochimico alla conoscenza della "Xantomatosis bulbi".

Prof. A. ALIQUÒ-MAZZEI. — Fatta una accurata disamina della letteratura sull'argomento, l'O. descrive dettagliatamente un caso personale di « Xantomatosis bulbi » con particolare riguardo al lato isto-patologico ed isto-chimico. Egli conclude che, in ultima analisi, questa affezione non è altro che un'infiltrazione grassa dei vari tessuti oculari, maggiormente accentuata nel segmento anteriore del bulbo, la quale si manifesta in occhi già profondamente alterati da malattie croniche del tratto uveale.

Alla infiltrazione può aggiungersi, in secondo tempo, una limitata degenerazione grassosa di un essudato o di uno stravaso ematico versatosi nella camera anteriore.

Prova dell'innocuità dell' "anatossina difterica" attraverso l'occhio.

Dott. V. PETRAGNANI. — L'O. riferisce alcune prove eseguite con tossina ed « anatossina » difterica sull'occhio di conigli, che dimostrano l'estrema sensibilità di tale organo di fronte alla tossina difterica, e la completa tolleranza verso l'« anatossina ».

Quando e come si deve o si può praticare la decompressiva.

G. AYALA. — Premesso che la sola cura razionale dei tumori cerebrali è la asportazione appena fattasi la diagnosi, l'O. considerava che ciò è più facile a dire che a fare, come osserva P. Baily. In un grande numero di casi bisogna accontentarsi di prolungare la vita e alleviare i sintomi e le sofferenze, in altri importa superare fasi acute, episodi minacciosi per poi intervenire radicalmente, in altri ancora è necessario preparare lo stato generale e le condizioni locali intra e peritumorali in modo che l'asportazione venga facilitata. Per ottenere ciò bisogna servirsi dei mezzi idonei a regolare e dominare l'ipertensione endocranica generale e locale, e precisare della e delle punture ventricolare, della somministrazione di soluzioni ipertoniche e sopratutto delle craniectomie decompressive. Queste sono indicate:

a) nei casi di tumori inestirpabili (del tronco dell'encefalo, del III ventricolo, del calloso, del chiasma, dei corpi opto-striati, ecc.); *b*) nei casi che giungono alle nostre osservazioni o che si decidono a farsi curare in condizioni gravi, ma non disperate; *c*) nei casi di tumore o di ipertensione

endocranica di altra natura nei quali insorgono fenomeni minacciosi di ipertensione acuta, crisi toniche cerebello-bulbari, o una cecità imminente, ecc., che non permettono di temporeggiare per formulare la esatta diagnosi; *d*) casi di tumori, nei quali è discutibile se convenga asportarli o sottoporli alla radioterapia per la loro estrema malignità e facile recidivabilità, anche se asportati (medullo blastomi del verme cerebellare e del IV ventricolo) ma che sono notoriamente radiosensibili. In questi ed in altri simili, come in certi casi di epilessia, la decompressiva suboccipitale o la subtemporale riescono molto utili. La seconda specialmente è più indicata nei casi più gravi e quando non si può fare assumere al paziente la posizione adatta per un intervento sulla fossa cerebellare. La subtemporale non è del tutto scevra di pericoli: fra i 44 pazienti della clinica dell'O. non figura nessun caso di morte operatoria; in molti il risultato curativo è stato notevolissimo e in alcuni risolutivo. La tecnica comunemente adoperata è quelia di Cushing. Ma notevoli vantaggi offre secondo l'O. un metodo adottato in alcuni suoi malati che modifica i primi tempi del classico.

Sul meccanismo intimo della reazione di Takata Ara.

Prof. L. D'ANTONA e dott. M. PELLEGRINI. — Gli OO. si occupano del meccanismo intimo della reazione di Takata Ara dimostrando come essa sia in relazione più che con l'entità dello spostamento del rapporto albumina globuline, con l'aumento delle frazioni globuliniche meno disperse (euglobulina, pseudoglobulina I).

Benzilidenaminoindoli.

Prof. A. NERI. — L'O. ottiene la sintesi dei benzilidenaminoindoli, composti non ancora noti. Descrive il 3 - (benzilidenamino) metilindolo - 2, il 3 - (o - nitrobenzilidenamino) metilindolo - 2 e il 3 - (o - nitrobenzilidenamino - o - nitrobenzil) metilindolo - 2.

Nuove reazioni con l'isocianato di fenile.

Prof. A. NERI. — L'O. dimostra che la reazione tra isocianato di fenile e benzalanilnaftoli già da lui descritta può estendersi anche ai benzalanilindoli. Prepara e descrive l'a (fenil-α-metilindolmetan) a, b-difenilurea; l'o-nitrobenzalanil-α-metilindolo; l'a (o-nitrofenil-α-metilindolmetan) a, b-difenilurea. Constata che la presenza del nitrogruppo nella molecola, a seconda della posizione che occupa può avere una influenza notevole sulla stabilità del prodotto e che il β-metilindolo non reagisce con le basi di Schiff contenenti un nitrogruppo.

Sulle modificazioni di struttura del villo intestinale in animali sottoposti a regimi carenzati.

Dott. G. DOMINI. — Nel presente studio sono state di nuovo prese in considerazione le alterazioni iniziali della avitaminosi C della cavia (edema del villo, ecc.) che recentemente erano state riferite (in seguito a sole considerazioni critiche) come conseguenti ad una cattiva fissazione del materiale istologico.

Con le nuove osservazioni compiute è stato confermato il fatto precedentemente studiato che le alterazioni descritte non dipendono affatto dal fissativo usato.

Ricerche sperimentali sulla genesi dei corpi di Foà-Kurloff.

Dott. A. LAZZERONI. — L'O. provocando con la tripaflavina crisi carioclasiche di media intensità nel tessuto reticolo-istiocitario degli organi ematopoietici ha potuto nettamente modificare la formazione dei così detti corpi di F. K. nei monociti della cavia e determinarne in particolari condizioni sperimentali un considerevolissimo aumento. L'O. appoggiandosi a tali risultati ha in corso ulteriori ricerche per indagare la natura di queste formazioni.

Il Segretario: Prof. G. MAZZETTI.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 28 marzo 1934-XII.

Presidente: Prof. PIETRO SISTO.

Focolai cuneiformi di broncopolmonite.

Prof. C. TEDESCHI. — L'O. con abbondante casistica illustra focolai cuneiformi sottopleurici di broncopolmonite ed insiste sui caratteri istologici differenziali coll'infarto necrobiotico ischemico.

Discussione: il prof. RAVENNA ricorda che si trattava per la maggior parte di ammalati deceduti per broncopolmoniti influenzali e che lesioni analoghe furono descritte da A. Tedeschi, nella pandemia del 1918, ora l'importanza del rilievo consiste nell'aver messo in evidenza che non si trattava di infarti necrobiotici ischemici.

Il pneumo-cocco nella bile.

Prof. C. TEDESCHI. — L'O. dà notizie di ricerche sperimentali eseguite sulla bile di pneumonitici, i cui risultati autorizzano la conclusione che il diplococco agente della polmonite fibrinosa, possa vivere e mantenersi attivo entro la cistifellea.

Discussione: il prof. RAVENNA rileva la importanza pratica della ricerca.

Il prof. SISTO domanda se sono state fatte ricerche per isolare i vari ceppi del diplococco. TEDESCHI risponde negativamente.

Voluminoso fibroma libero entro l'intestino.

Dott. M. BARBIROLI. — L'O. riferisce sul reperto operatorio di un grosso fibroma libero nel lume dell'intestino tenue che non aveva provocato alcun disturbo nella canalizzazione dell'intestino.

Discussione: il prof. FRATTIN ricorda un caso clinico di un individuo che, con violenti dolori addominali, ebbe ad emettere un corpo sferico, della grandezza circa di un uovo di gallina e che in breve periodo di tempo, ben 18 corpi analoghi, furono emessi con la stessa sintomatologia. L'esame radiologico non fu fatto. Il reperto istologico dimostrò trattarsi di fibromi a tessuto connettivo giovane.

Il paziente fu poi perduto di vista.

Sull'infarto adiposo del fegato.

Dott. P. DOMENICHINI. — L'O. illustra tre osservazioni di infarto adiposo del fegato in bambini e ne discute la patogenesi.

NANNINI, *segretario*.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Un caso di eritro-leucemia con tubercolosi della milza.

P. Emile-Weil (*Le Sang*, n. 2, 1934) riporta un caso di eritro-leucemia, riferentesi ad una malata di 56 anni, di aspetto congesto, rosso, ipersplenomegalica ed epatomegalica, con poliglobulia oscillante fra 6 milioni e 7.5 con remissioni e riprese numerose e con una leucocitosi oscillante fra 46.000 e 35.000 globuli bianchi. La leucocitosi era sopratutto polinucleare, ma tutti i tipi mielocitari erano rappresentati con predominio dei neutrofili; si accompagnava a forte reazione eritroblastica (34 % delle cellule contate come leucociti erano globuli rossi nucleati, in piccola parte megaloblasti). La puntura splenica dimostrò una proporzione ancora maggiore di forme giovani. La diagnosi di eritro-leucemia sembrava dunque indiscutibile e l'azione della radioterapia la confermò, migliorando notevolmente la malata, facendo diminuire la milza, scomparire il fegato, aumentare le forze e riprendere il peso.

Nello stesso tempo le emazie discesero da 6.500.000 a 4.600.000 e la leucocitosi cadde da 46.000 a 10.000, mentre le forme mielocitarie si fecero sempre più rare.

La malata resta in buono stato per alcuni mesi, poi, lo stato generale declina, riprende l'ipersplenomegalia, aumentano i globuli rossi e bianchi, ricompaiono mielociti ed eritroblasti. Un nuovo trattamento radioterapico non migliora la situazione, i globuli rossi diminuiscono e si manifesta uno stato anemico, mentre la leucocitosi cade alla norma. A poco a poco lo stato della malata si aggrava fino alla morte.

All'autopsia la milza presentava sul fondo rosso del parenchima un ascesso caseoso grosso come una noce a livello dell'ilo, e parecchi noduli bianchi nell'organo. Al microscopio, oltre ad una caseificazione molto diffusa, si constatava la perdita dell'architettura della milza, e delle zone mieloidi a predominanza eritroblastica o mielocitaria.

L'esame permetteva istologicamente la constatazione di rare cellule giganti e di bacilli di Koch. L'inoculazione della polpa splenica ha tubercolizzato la cavia nel tempo normale ed in modo classico. Nessuna lesione tubercolare macroscopica negli altri visceri.

L'A. ritiene che questa sia la prima pubblicazione della coesistenza della tubercolosi splenica e dell'eritroleucemia. Sono invece numerosi i fatti di associazione fra leucemia mieloide o poliglobulia da una parte e tubercolosi splenica dall'altra.

Dato che l'inferma presentava da 15 anni una splenomegalia, bisogna considerare quali rapporti esistano fra essa e le due affezioni che portarono a morte l'inferma. Bisogna ammettere due eventualità che si escludono. O una splenomegalia primitiva criptogenetica si è complicata dopo 15 anni con una eritroleucemia e questa con una tubercolosi localizzata alla milza; oppure, non potendo accettare che l'eritro-leucemia fosse responsabile della tumefazione splenica, la splenomegalia fu dall'inizio di natura tubercolare, complicandosi alla fine con l'eritro-leucemia in periodo evolutivo delle lesioni tubercolari. Può sembrare inverosimile che una grossa milza tubercolare possa durare per così lungo tempo senza compromettere apprezzabilmente lo stato generale del soggetto. Ma l'A. possiede 6 casi di grosse splenomegalie tubercolari, dimostrate dalla clinica, dalla puntura splenica, dalla laparatomia esplorativa, ecc., che poco incidono sullo stato generale, che permettono una vita attiva e che sono ancora in buono stato dopo più di 6 e 10 anni. Esistono dunque delle tubercolosi spleniche, fibrose, fibrocaseose, che sono compatibili con l'esistenza e che sono anche ben tollerate.

C. TOSCANO.

Anemie gravi e stenosi intestinale.

Fra le cause di anemia grave a tipo pernicioso un posto spetta alla stenosi intestinale. Non c'è dubbio che la stenosi intestinale possa essere all'origine di certe gravi anemie. Dato però che la stenosi del tenue non provoca la comparsa dell'anemia in tutti i malati, è necessario ammettere un altro fattore, consistente verosimilmente in un terreno di minore resistenza agli agenti emolitici. Tale è la conclusione di Meulengracht.

P. Emile Weil e R. Stieffel (*Le Bull. Méd.*, 27 genn. 1934) divergono però completamente da questo A. quando egli sostiene che la sindrome di deglobulizzazione così realizzata sia sempre quella dell'anemia perniciosa. Sembra invece agli AA. che la stenosi intestinale sia capace di realizzare delle anemie di vario tipo, dall'anemia banale fino all'anemia aplastica. La forma più frequente sembra essere l'anemia tipo Biermer, ma essa non è la sola.

C. TOSCANO.

L'etiologia della granulocitopenia primaria (angina agranulocitica).

Frederick W. Madison e T. L. Squier (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 10 marzo 1934), dopo aver riportato le numerose cause infettive e tossiche che sono state ritenute causa dell'agranulocitosi, riferiscono ampiamente su 14 casi da essi osservati in soggetti che prendevano amidopirina unita ad un preparato barbiturico, come l'allonal. Su 8 pazienti che sospesero l'uso di queste sostanze si

ebbero due soli casi di morte, mentre morirono tutti i 6 che lo continuarono. In un ammalato, dopo migliorato, fu somministrata l'amidopirina una sola volta e si provocò così una brusca diminuzione dei granulociti.

17 conigli trattati con allonal non mostrarono modificazioni dei granulociti. 1 solo ebbe agranulocitosi e morì.

Per questo gli AA. ritengono che l'allonal sia causa frequente di agranulocitosi. Essi ritengono che si tratti di un fenomeno allergico o anafilattoide. R. LUSENA.

Granulopenia dopo barbiturati e amidopirina.

Clyde e L. Randall (*The Journ. of the Americ. Medic. Associat.*, 7 aprile 1934) descrivono un caso di granulopenia insorta dopo uso di fenobarbital (Luminal) e amidopirina (piramidone). Si trattava di una dottoressa venticinquenne che prese, per una cefalea, trenta centigrammi di piramidone e tre centigrammi di luminal. Nel pomeriggio dello stesso giorno avvertì, oltre la cefalea, senso di malessere e brividi. Comparve febbre. La sera prese 13 centigrammi di acido allilisopropil barbiturico (alurate) e una compressa di Lumodrin (contenente efedrina, luminal e piramidone). La febbre salì ancora con brivido violento. L'esame obbiettivo era negativo.

Il giorno seguente un esame del sangue dava 3.820.000 globuli rossi e 2950 bianchi con 51 % di neutrofili. Tre ore dopo, un secondo esame dava cifre invariate ma solo 10% di neutrofili immaturi. Più tardi: 2050 leucociti con 30 % di granulociti, e di questi 17 % mielociti. Esame del sangue per la malaria negativo.

Tre giorni dopo: 2900 leucociti con 3 % di granulociti immaturi. Al V giorno la paziente ritornò al lavoro; aveva 4000 leucociti.

Quest'ammalata aveva preso in precedenza piramidone e barbiturici una volta sola, un anno prima, e anche allora era stata ammalata per una settimana; ma allora non fu fatta la conta dei leucociti. Questa volta la conta fa fatta ripetutamente ed occorsero sei settimane per ottenere una cifra normale. Un'iniezione sottocutanea di piccole dosi di piramidone e fenobarbital non provocò reazione locale nè influenzò il numero dei leucociti.

Nel 1931 Kracke aveva già riferito casi di agranulocitosi da derivati del benzene. [Nella stessa rivista, nel numero del 10 marzo 1934, Madison e Squier hanno già pubblicato altri casi di agrunolocitosi da barbiturici e amidopirina, di cui alcuni mortali, e l'attribuirono, per la patogenesi, a fenomeni allergici contrariamente a quanto afferma il Randall. — *Nota d. R.*]. R. LUSENA.

Neutropenia dopo uso di amidopirina.

A. M. Hoffmann, E. M. Butt e N. G. Hickey (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 14 aprile 1934) ricordano che di fronte ai risultati sperimentali negativi ottenuti da Kracke, il quale non ebbe mai leucopenia negli animali a cui somministrò varie sostanze, compresa l'amidopirina, esistono fatti clinici importantissimi. Su 13 casi di neutropenia osservati dagli AA., in passato, 12 s'erano manifestati in malati che avevano preso amidoantipirina; nessuno però allonal; alcuni avevano preso l'amidopirina associata a codeina. Recentemente essi videro un 14° caso di neutropenia in cui c'era stato uso di amidopirina.

Gli AA. stessi ottennero sperimentalmente nel coniglio leucocitosi con successiva neutropenia per uso di amidopirina e si riservano di pubblicare più tardi con maggior ampiezza questi loro risultati. R. LUSENA.

Contributo alla conoscenza e alla terapia dell'agranulocitosi.

K. Tschötschel (*Münch. Med. Woch.*, 2 marzo 1934) ricorda anzitutto opportunamente le grandi linee dell'agranulocitosi, così come furono disegnate da Naegeli e da Schilling: scomparsa quasi completa dei granulociti, febbre, angina necrotica, ittero lieve, ulcerazioni della mucosa boccale e in quella intestinale, stato generale di abbattimento.

Osservazioni recenti hanno dimostrato anche la possibilità che l'agranulocitosi si esplichi con scariche diarroiche profuse e insistenti.

Il caso illustrato dall'Autore riguarda appunto un uomo di 65 anni, che da circa 10 anni si lamentava di dolori alla natica e alla coscia destra, cosicchè era stata fatta ripetutamente diagnosi di sciatica: ma la sciatica aveva resistito ad ogni cura, e l'infermo aveva finito per chiedere ricovero in Clinica. Là comparvero fenomeni diarroici profusi, febbre e stato generale di irrequietezza: esami di sangue ripetuti in serie dettero valvi di 600, 600 e 500 globuli bianchi per mm., con il 93 % di cellule mononucleate: le reazioni per il Tifo, Paratifi e Dissenteria furono negative; negativa la R. W. Comparve lieve ittero, qualche ulcerazione sulla bocca e una diffusione di formicolii.

Praticata una trasfusione sanguigna di 500 cc., l'ittero scomparve, tutti gli altri sintomi cominciarono a migliorare e la diarrea cessò: i leucociti salirono subito a 2000 e seguitarono a crescere: circa due mesi dopo erano 6000 con 50 % di polimorfonucleati.

Il caso è interessante per l'atipica sintomatologia presentata dall'agranulocitosi e per il pronto effetto terapeutico della trasfusione.

V. SERRA.

Il citrato di sodio nell'emofilia.

W. M. Kreiner (*Klinische Wochens.*, 9 dicembre 1933) riporta 5 casi di emofilia in cui ha ottenuto buoni risultati mediante le iniezioni sottocutanee di citrato di sodio in soluzione isotonica al 3,5 %. Le quantità iniettate

variarono da 5 a 20 cmc. una volta al giorno, continuando anche fino a 15 giorni. Tale rimedio può essere usato in combinazione con le trasfusioni, che si rendono necessarie in alcuni casi.

In tutti i casi, madre e figlio appartenevano allo stesso gruppo sanguigno. *fil.*

Sull'applicazione pratica delle proprietà emostatiche della tonsilla.

Gli estratti di parecchi organi hanno proprietà emostatiche: muscoli, adipe, omento, cervello, fegato, rene, timo, testicolo, struma, pancreas ecc. Ma di tutte queste sostanze, poche sono utilizzabili in pratica.

Masini per primo nel 1893 sperimentò l'estratto di tonsilla a scopo emostatico e successivamente anche altri studiosi. Dalle loro ricerche risultò che l'estratto della parte glandolare della tonsilla accelera la coagulazione del sangue anche in diluizione 1: 10.000.

L'argomento è stato ripreso da L. Findeisen (*Il Valsalva*, aprile 1934) che ha pensato di adoperare l'estratto di tonsilla per frenare le emorragie parenchimatose. Ha usato a tale scopo della garza impregnata con una soluzione sterile al 10 % di extractum tonsillae secondo Richter.

I casi di emorragia parenchimatosa così trattati, verificatisi in seguito a traumi o ad operazioni chirurgiche furono 152 e tutti coronati da successo. Il tempo di emorragia durava in genere dopo l'applicazione di garza imbevuta di estratto di tonsilla 0',4-0',2.

L'A. ha constatato che il trattamento è efficace sopratutto quando vi è qualche disturbo nel meccanismo della coagulazione del sangue.

L'azione si svolge sempre nel punto di applicazione; non è stata ancora presa in esame l'azione a distanza dell'estratto.

Le proprietà coagulanti dell'estratto della tonsilla sarebbero dovute, secondo l'A., alla presenza dell'acido nucleinico ed alla maggiore concentrazione di filorinogeno in rapporto con l'enorme quantità di linfociti e di leucociti che si riscontra nella tonsilla.

VICENTINI.

SEMEIOTICA.

Il dolore di origine ureterale.

Secondo F. Fetterman (*Amer. Journ. obst. a. gyn.* e *Arch. maladies des reins, etc.*, 1933, n. 5) lo studio dell'innervazione dell'uretere dimostra che, almeno teoricamente, le modificazioni patologiche dell'uretere superiore possono manifestarsi con disturbi gastro-intestinali ed anche con un dolore nelle zone innervate dai nervi cutanei laterali ed intercostali. L'uretere medio può provocare un dolore trasmesso dai nervi lombari alla vulva ed alla faccia interna della coscia, mentre quello pelvico può provocare un dolore sciatico.

Si ha la prova che tali dolori sono di origine ureterale riproducendoli mediante manovre sull'uretere e con i risultati della terapia. Il 40 % dei casi urologici studiati dall'A. riguardavano un dolore di origine ureterale. L'A. fa rilevare che pochi malati presentavano dei sintomi urinari evidenti e pochi, anche con irritabilità vescicale, avevano della piuria od una infiammazione recente della vescica o dell'uretra. La chiave per la diagnosi venne fornita dalla sede del dolore. Si deve pertanto ritenere che la conoscenza delle ripercussioni dolorose delle affezioni ureterali potrà far luce sopra una diagnosi oscura, evitando l'errore di una terapia inadatta. *fil.*

VARIA

La vitamina A e la resistenza alle malattie.

Olmes, Sawyer, Pigott e Comatock (*Industrial a. engineering chemistry*, sett. 1933) hanno studiato gli effetti della somministrazione di olio di fegato di merluzzo nei lavoratori industriali agli Stati Uniti. Ivi, si è molto preoccupati della perdita economica che portano le malattie degli operai; sopra 36 milioni, sono 250 milioni di giornate all'anno, che si perdono a causa di malattie, di cui le più frequenti sono quelle delle vie respiratorie (raffreddore, bronchite, influenza), che predominano nei mesi invernali, da dicembre a marzo.

In varie officine, la somministrazione giornaliera di un cucchiaio di olio di fegato di merluzzo a varie centinaia di operai ha avuto come conseguenza che la perdita di giornate di lavoro a causa di raffreddori nei mesi invernali, è stata la metà di quella avutasi fra quelli che non lo prendevano. La vitamina A avrebbe avuto come conseguenza di conferire una maggiore resistenza alle malattie infettive.

Una fonte ancora più abbondante di vitamina A sarebbe un altro pesce che è molto comune nei mari dove si pesca il merluzzo ed è invece sconosciuto nel Mediterraneo. Trattasi dell'*Hippoglossus hippoglossus* o *H. vulgaris*, una specie di sogliola molto grande (lunga da 1 a 3 metri) e molto apprezzata dai buongustai.

L'olio di fegato dell'*Hippoglossus* contiene, a peso uguale, una quantità di vitamina A 75-125 volte maggiore che l'olio di fegato di merluzzo ed una quantità di vitamina D 15-20 volte maggiore. Anche a dosi massime, è ben tollerato dagli animali da esperimento.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. VALTORTA. *Considerazioni sull'assistenza ostetrica.* — Tip. Jovene, Napoli, 1934.

S. FABBRI. *Direttive e chiarimenti intorno allo spirito informatore della legislazione riguardante l'O. N. M. I, e alle sue pratiche applicazioni.* — Tip. Colombo, Roma, 1934.

P. G. BORTOLUCCI. *Quaderno della salute.* — Tip. Corsi, Reggio Emilia, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'Istituto di Sanità Pubblica.

È stata presentata alla Camera la relazione del Capo del Governo, on. Mussolini, al disegno di legge concernente la creazione e il funzionamento dell'Istituto di Sanità Pubblica. Essa dice:

« Il Governo Nazionale Fascista segue la direttiva costante di estendere i benefici delle nuove conquiste della scienza a tutte le classi della popolazione e procede, anche in questo campo, con azione dinamica, costante, senza pause, attraverso il potenziamento e il perfezionamento dei servizi al centro ed alla periferia.

In relazione a tale complessa necessità, si dimostravano insufficienti la sede, l'attrezzatura scientifica, la organizzazione degli attuali Laboratori scientifici della sanità pubblica.

Mentre si esaminava la possibilità di adeguate trasformazioni secondo il ritmo permesso dalle condizioni finanziarie e dai vari bisogni del Paese, la benemerita Fondazione Rockefeller ripetè per l'Italia il gesto munifico già fatto per altre Nazioni, americane ed europee, offrendo il finanziamento delle spese di costruzione di un nuovo edificio, dove potessero avere idonea sede e sviluppo i Laboratori della sanità pubblica, con una più completa organizzazione, con una diversa e più rispondente denominazione che è quella di "Istituto di Sanità Pubblica".

Il Governo accettava con animo grato questo concorso finanziario, restando inteso che progetti, costruzione, programmi di azione dovevano rimanere, come sono rimasti, riservati al giudizio esclusivo del Governo stesso. Questo, da parte sua, ha concesso la vasta area demaniale dove l'edificio è stato costruito, si è impegnato a provvedere a quanto necessario per la realizzazione dell'intento, con l'onere delle annuali spese di funzionamento e per il completamento di larghe dotazioni scientifiche al servizio della batteriologia, della chimica, della fisica, della meteorologia sanitaria, della ingegneria sanitaria, della epidemiologia, ecc.

L'Istituto medesimo formerà parte integrante della Direzione generale della sanità pubblica, costituirà con gli attuali Laboratori scientifici e con altri che ne completeranno la organizzazione, un centro di indagine e di accertamenti inerenti a tutti i servizi della sanità pubblica e servirà, mediante lo svolgimento dei corsi di istruzione, alla specializzazione del personale addetto ai servizi igienico-sanitari nel Regno ».

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Rette di ricovero negli Istituti di cura per tubercolotici.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale sanità pubblica, divisione A. T., Sez. II) ha diramato ai sigg. Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare, n. 34422, in data 25 aprile:

Le recenti norme sancite dal Governo Fascista per la progressiva riduzione dei prezzi, in modo da adeguarli alle condizioni attuali della economia generale ed al valore effettivo della lira, determinano la necessità che le Amministrazioni degli Istituti di ricovero per tubercolotici procedano ad una revisione delle rette di degenza ora in applicazione.

Pertanto, si pregano le EE. LL. di invitare le predette amministrazioni esistenti nelle rispettive provincie e che non vi avessero ancora spontaneamente provveduto a ridurre la retta di degenza in vista delle economie che vengono a realizzare con la diminuzione degli stipendi e salari del personale e con l'avvenuto ribasso dei prezzi.

Nel dare cortese cenno di ricevuta alla presente e di assicurazione di sollecito adempimento le EE. LL. vorranno altresì compiacersi inviare, non appena in grado, un elenco delle amministrazioni di cui sopra è cenno con a fianco la retta in vigore al 1° aprile c. a. e la riduzione apportata alla medesima.

L'importazione dei sali di chinina riservata ai Monopoli dello Stato.

Un R. decreto-legge n. 736 dell'8 marzo 1934-XII, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » dell'11 maggio, stabilisce, nell'art. 1, che l'importazione in Italia della corteccia di cincona, dei sali di chinina e degli alcaloidi estratti dalla cincona, sia allo stato di purezza che mescolati ad altra sostanza, è riservata all'Amministrazione dei Monopoli di Stato.

L'art. 2 del decreto-legge conferisce poi la facoltà alla stessa amministrazione dei Monopoli di consentire l'importazione nel Regno, da parte di privati, dei suddetti prodotti, mediante il pagamento di un diritto di monopolio nella misura fissata dal Decreto Ministeriale dell'8 corrente, pure pubblicato nella suddetta « Gazzetta Ufficiale », e cioè in ragione di L. 82,40 per ogni chilogramma di chinina o di altro alcaloide della china contenuto nei prodotti medesimi.

Allo stesso diritto di monopolio sono pure assoggettati i prodotti farmaceutici e le specialità medicinali contenenti alcaloidi estratti dalla corteccia di china, per la quantità di alcaloide che contengono, trattamento che si applica altresì a qualsiasi altro prodotto contenente corteccia di china ed alcaloidi da essa estratti.

Le predette disposizioni vanno in vigore con decorrenza dall'11 corrente.

A partire da tale data chiunque intenda importare in Italia corteccia di cincona, sali di chinina e alcaloidi estratti dalla cincona dovrà farne domanda scritta alla Direzione Generale dei Monopoli di Stato specificando il proprio recapito, la qualità e quantità delle sostanze di cui si chiede l'importazione, la dogana di confine presso la quale dovrebbero compiersi le operazioni di sdoganamento, la provenienza e l'uso a cui devono essere destinati i detti prodotti nonchè, quando occorra, il loro contenuto di alcaloidi.

Quando la domanda venga accolta, la detta Direzione Generale invierà, dandone contemporaneamente avviso al richiedente, alle dogane interessate il nulla osta a provvedere allo sdoganamento della merce, il quale avrà luogo, beninteso, previo pagamento dei dazi di confine e del diritto di monopolio.

Anche per i prodotti che si trovassero giacenti presso le dogane alla data di entrata in vigore del decreto, l'importazione è subordinata all'autorizzazione dell'amministrazione dei Monopoli, alla quale le ditte interessate dovranno rivolgersi nelle forme e nei modi di cui sopra è cenno.

Le bollette rilasciate agli importatori per lo sdoganamento dei prodotti di che trattasi dovranno accompagnare il genere a destino ed essere conservate dagli interessati fino a completo esaurimento dei prodotti a cui esse si riferiscono per esibirle ad ogni richiesta degli agenti od incaricati della finanza.

Cronaca del movimento corporativo.

Per la stampa medica italiana.

Ci viene comunicato il testo di un articolo che vedrà la luce sotto questo titolo nella « Rivista di Terapia Moderna » diretta dal prof. P. Piccinini. Reca le firme del prof. C. Gozzi e del dott. G. Andreoni, per l'Ufficio Stampa Medica Italiana. Prende le mosse da quanto si è pubblicato ultimamente in alcuni periodici medici italiani, sulla nostra stampa medica; per quanto ci riguarda, dichiara che i nostri rilievi sull'ufficio predetto (v. fasc. 17, p. 675) sono molto giusti e che il « Policlinico » si dimostra, come sempre, imparziale e cortese. Ringraziamo del benevolo giudizio. Dopo qualche misurata battuta polemica con « Rinascenza Medica », l'articolo ricorda l'attività svolta dall'Ufficio, il che lo ha reso simpaticamente noto e gli ha procurato consensi nei periodici medici italiani. Aggiunge che l'ufficio continuerà il suo modesto lavoro, nell'attesa che questi periodici si raggruppino spontaneamente o d'autorità.

Del problema non mancheremo di occuparci.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aritzo (*Nuoro*). — Concorso per titoli al posto di medico-chirurgo condotto per il consorzio Aritzo-Belvì. Stipendio L. 9.000. Cavalcatura L. 1.500 Ufficiale Sanitario L. 1.000. Caroviveri, se dovuto, L. 720 al lordo riduzioni e ritenute di legge. Distanza Belvì Km. 2.300. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 31 Luglio 1934-XII.

Belvì (*Nuoro*). — (Vedi Aritzo).

Biella (*Vercelli*). *Ospedale degli Infermi*. — Concorso per il posto di Assistente della Sezione Medica. Scadenza 31 maggio 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale suddetto.

Bitritto (*Bari*). — Scad. 31 mag.; con Loseto; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1800 se cavalc.; età limite 35 a.

Caprese-Michelangelo (*Arezzo*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 720 c.-v., L. 3000 (rivedib.) trasporto, L. 500 se uff. san.; trattenute e riduzioni di legge; età limite 40 a.; tassa L. 50.

Casacanditella (*Chieti*). — Per titoli, posto di medico-chirurgo-ostetrico. Stipendio annuo lire 9000. Qualora venga incaricato delle funzioni di Ufficiale Sanitario, sarà corrisposta una indennità annua di L. 500. Per il mezzo di trasporto (l'obbligo è di tenere un cavallo) verrà corrisposta la indennità annua di L. 1500. I sopradetti assegni sono al lordo di ogni ritenuta di legge e sono ridotti del 12 % come da decreto 20-11-1930 n. 1491 e delle altre trattenute come per legge. Le domande accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 10 luglio 1934.

Cassiglio (*Bergamo*). — Concorso, per titoli, al posto di Medico Condotto Consorziale per i comuni di Cassiglio, Valtorta ed Ornica, con obbligo di residenza in Cassiglio. Stipendio annuo di residenza L. 11.000. Indennità per Ufficiale Sanitario annue L. 500; id. di ambulatorio annue L. 500; id. di trasporto, obbligatorio con automobile oppure con cavallo, L. 3000. Addizionale di legge per gli inscritti negli annuali elenchi dei poveri. Indennità caro viveri nella misura stabilita per gli impiegati dello Stato. Detti emolumenti sono al lordo da tutte le trattenute stabilite dalle Leggi e dalle disposizioni vigenti. La domanda in bollo da L. 3 accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Cassiglio, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 10 giugno 1934-XII.

Ceresole Reale (*Aosta*). — Scad. 15 lug.; lire 10.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1800 trasp., L. 500 uff. san.; ritenute e riduzioni di legge; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Cianciana (*Agrigento*). — Concorso, per titoli ed esami, al posto di Ufficiale Sanitario. Stipendio lire 7000 al lordo delle ritenute e riduzioni di legge, con quattro aumenti quadriennali di un decimo. Tassa di concorso L. 50. Domanda e documenti alla R. Prefettura di Agrigento entro il 5 luglio 1934-XII.

Città di Castello (*Perugia*). — Scad. 31 mag.; per Morra; L. 7000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v.; trasp. L. 500-2000-4000.

Cuneo, *Ammin. Prov. - Ospedale Psichiatrico Provinciale* (in Racconigi). — Scad. 20 lug.; medico di Sezione di 2ª classe. Rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

Forlì. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Proroga 31 mag.; medico direttore della Sezione dispensariale di Cesena.

Marano Equo (*Roma*). — Scad. 30 giu.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; addizionale L. 4 sopra i 1000 poveri; per arm. farm. L. 1231,80; trattenute e riduzioni di legge; età limite 35 a.; tassa L. 25,10.

Mondaino (*Forlì*). — Scad. 60 giorni dal 1° maggio; per 2 frazioni; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre c.-v., L. 3000 cavalc., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; addizionali L. 3, 4 e 5 per gl'iscritti

sopra il 15 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° mag.

MONTEODORISIO (*Chieti*). — Concorso, per titoli, al posto di medico chirurgo condotto. Scadenza dieci agosto 1934. Stipendio annuo lordo da tutte le ritenute L. 8700. Cinque quadrienni decimo. Per eventuale incarico di Ufficiale Sanitario L. 500. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

PALIANO (*Frosinone*). — Scad. 31 mag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

POLA. *Ospedale Generale e Psichiatrico « Santorio Santorio »*. — Scad. 31 mag.; medico assistente; L. 5400 oltre L. 1350 serv. att., c.-v.; età limite 35 a.

ROCCO D'INTRA (*Novara*). *Ospedale Civile di San Rocco*. — Scad. 31 mag., ore 18; direttore; età lim. 40 a.; L. 4000 ridotte; 4 quinquenni dec.; compartecipaz.; docum. a 3 mesi dal 5 mag. Chiedere avviso; rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

SULMONA (*Aquila*). *Ospedale Civile della Casa Santa dell'Annunziata*. — Concorso per titoli al posto di Aiuto Chirurgo. Limite di età 35 anni. Stipendio annuo L. 3.000. Indennità vitto L. 2.400. Ambedue gli assegni lordi delle ritenute di legge, oltre l'alloggio gratuito in Ospedale e percentuali su onorari e cure agli abbienti, proventi di gabinetto radiologico, clinico, pronto soccorso, ecc. Scadenza 14 giugno 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ente.

TOLFA (*Roma*). — Scad. 30 giu.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; oltre i 1000 poveri, addizionali di L. 4 e di L. 5; per direz. Ospedale L. 400; trattenute e riduzioni di legge; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

TOSCOLANO-MADERNO (*Brescia*). — Concorso, per titoli, alla condotta medico-chirurgica. Il posto è retribuito con i seguenti assegni in ragione d'anno, al lordo delle trattenute di legge e della riduzione del 12 % di cui al R. Decreto 20-11-1930 N. 1491. Stipendio iniziale L. 9000 aumentabile di un decimo ad ogni quinquennio maturato e per sei quinquenni; indennità di trasporto lire 3000; assegno di L. 3 per ogni povero in più del 20 % della popolazione; indennità caro viveri nella misura e per la durata in cui verrà corrisposta agli altri dipendenti del Comune. La domanda in carta da bollo da L. 3, accompagnata dai prescritti documenti l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Municipale di Maderno, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 14 giugno 1934-XII.

URBINO. *R. Prefettura*. — Scad. 30 giu.; uff. san. del capoluogo; L. 7000 oltre L. 1500 serv. att., L. 3500 pel servizio del gabinetto d'igiene.

VARESE. *Comune*. — Scad. 16 giu., ore 17; 3° reparto; L. 8000 e 5 quadrienni dec., indenn. famiglia, L. 3000 automob.; riduzioni di legge; tassa L. 50,10; docum. non anter. al 1° giu.

VOGHERA (*Pavia*). *Ospedale Civile*. — Concorso, per titoli, ad Aiuto chirurgo. Stipendio L. 4500; 5 aumenti quadriennali; L. 10 e vitto per ogni guardia; percentuali 20 % sui proventi di pensionanti. Ritenute di legge. Limiti di età anni 40. Scadenza 12 giugno 1934. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

L'« Ufficio Stampa Medica Italiana » bandisce un Concorso a premi per un lavoro sui temi seguenti.

1) La storia della Stampa Medica in generale e di quella italiana in particolare.

2) Quali criteri programmatici e quali modalità di svolgimento sono i più consigliabili per i periodici che costituiscono le varie categorie della Stampa Medica Italiana.

Il concorso, al quale potranno prendere parte, oltrechè i medici, anche i giornalisti, sia inscritti alla categoria professionisti, che in quella dei pubblicisti, è dotato di lire 5000 di premi, offerti dal gr. uff. P. Piccinini, e che verranno assegnati da una Commissione nominata dall'Ufficio Stampa Medica Italiana, d'accordo col Sindacato Medico Provinciale Fascista di Milano.

In detta Commissione saranno compresi, oltrechè medici pubblicisti, anche giornalisti non medici.

È lasciata la massima libertà per lo svolgimento di ciascun tema, avvertendosi che basterà si svolga uno dei due temi.

I lavori, in doppia copia dattilografata, con ampiezza da un minimo di 10 pagine ad un massimo di 100, dovranno inviarsi raccomandati alla Direzione dell'Ufficio Stampa Medica Italiana, via Vallazze 39, Milano, non più tardi del 30 settembre del corrente anno 1934-XII; rendendosi così possibile l'assegnazione delle lire cinquemila (per la cui eventuale suddivisione sarà arbitra assoluta la Commissione), entro l'ottobre prossimo.

(La somma di L. 5000 è già stata depositata sopra un libretto della Banca Popolare di Milano, N. 2181).

Ciascun lavoro dovrà portare la firma e l'indirizzo del rispettivo autore.

Oltre i premi in danaro, saranno messe a disposizione della Commissione, se questa lo riterrà opportuno, anche alcune medaglie da assegnarsi a quei concorrenti i quali, pure avendo presentato lavori di qualche pregio, non avessero conseguito premiazioni in danaro.

Per ogni ulteriore schiarimento, rivolgersi alla Direzione dell'Ufficio Stampa Medica Italiana, Milano, via Vallazze 39.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al seggio di membro associato straniero, rimasto vacante per la recente morte dell'illustre prof. Cantacuzène, direttore dell'Istituto di medicina sperimentale di Bucarest ed ex ministro dell'Igiene e del Lavoro di Rumania, l'Accademia di Medicina di Parigi ha chiamato il prof. Sanarelli, direttore dell'Istituto d'Igiene di Roma e senatore del Regno d'Italia.

Il prof. Carlo Alberto Ragazzi, medico capo del comune di Milano, è nominato grand'ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il prof. Schittenhelm, di Kiel, è chiamato alla cattedra di medicina interna di Monaco, quale successore di Friedrich von Müller.

Il prof. Philipp Broemser, di Heidelberg, è chiamato alla cattedra di fisiologia di Monaco.

Il prof. Reinhard Perwitszchky è chiamato alla cattedra di oto-rino-laringologia di Monaco, quale successore del defunto prof. V. Hinsberg.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso della Società Radio-Neuro-Chirurgica italiana.

I Congressi delle Società Oto-Neuro-Oftalmologica e Radio-Neuro-Chirurgica saranno tenuti d'ora innanzi, per deliberazione delle rispettive Presidenze, alternativamente un anno quello d'una Società e un anno quello dell'altra.

Il II Congresso della Società Radio-Neuro-Chirurgica Italiana si terrà a Milano nel prossimo ottobre, sotto la presidenza del prof. Mario Donati.

Tema di relazione: « Criteri d'indagine nelle affezioni del nevrasse »; relatori proff. Bastianelli, Bertolotti, Besta, Boschi.

La ripartizione del tema fra i vari relatori non è stabilita in modo rigoroso; la presidenza della Società ha ritenuto opportuno non impedire che singoli oggetti del tema possano essere prospettati da punti di vista diversi e perciò da relatori diversi. Ciò nullameno possiamo già dire che il prof. Bastianelli tratterà in particolare dei criteri diagnostici desunti da quei dati semeiotici che richiedono manovre di indole chirurgica; il prof. Bertolotti limiterà la sua trattazione all'encefalo dal punto di vista radiologico; encefalografie e ventricolografie saranno campo comune di trattazione tanto per il prof. Bertolotti che per il prof. Besta, che si occuperà pure dei sussidi radiodiagnostici del midollo spinale; il prof. Boschi tratterà in particolare degli aggiornamenti della semeiotica classica sul nevrasse e dei mezzi di laboratorio.

5° Congresso delle dottoresse in medicina e chirurgia.

Presso le RR. Terme di Salsomaggiore, il 7 maggio, si è tenuto il V Congresso nazionale dell'Associazione italiana dottoresse in medicina e chirurgia. Le congressiste hanno ricevuto il saluto della città dal commissario prefettizio del Comune ed il saluto dell'Azienda termale dal gestore di Stato. Le sedute scientifiche si sono svolte con l'intervento di un centinaio di dottoresse, giunte da ogni città d'Italia.

Durante i lavori del Congresso, è stata assegnata la borsa di studio Wassermann di lire cinquemila alla dott. Alice Ferrer di Torino, ed il premio Salsomaggiore, offerto dalle RR. Terme, è stato diviso come segue: lire 1000 alla dott. Flora Andreis, di Milano, e L. 500 alla dott. Ada Elvanzerino, di Milano.

L'assemblea ha riconfermato, quindi, presidente dell'Associazione, la professoressa Nina Carcupino ed ha proceduto alla nomina del nuovo Consiglio. È stata designata poi Montecatini a sede del prossimo Congresso nazionale. La seduta è stata chiusa con l'invio al Capo del Governo di un entusiastico telegramma di saluto e di devozione delle dottoresse italiane.

Convegno regionale ligure contro la tubercolosi.

Promosso dalla Sezione Federale, d'ordine della Presidenza centrale, si terrà in terra in Genova nei giorni 9 e 10 giugno p. v. sotto la presidenza dei sen. proff. G. Maragliano e N. Pende, con l'ausilio del delegato regionale prof. G. Breccia.

Essendo desiderio della Presidenza che il Convegno antitubercolare sia una esposizione di problemi pratici non soltanto regionali ma eziandio generali e nazionali, sono pregati tutti gli Enti ed Istituti antitubercolari delle regioni sorelle ed i cultori di patologia, clinica e sociologia della tubercolosi a volere prender parte al convegno inviando la propria adesione ed i sunti delle eventuali comunicazioni al delegato regionale a Genova, Corso Podestà, 5-3.

Saranno discussi i seguenti temi: 1) Radiologia e clinica delle malattie tubercolari; 2) Sistemi pratici di profilassi antitubercolare nelle scuole e nelle officine; 3) Terapia climatica delle malattie tubercolari del polmone.

Il nuovo Ospedale clinico di Modena.

In seguito ad un pubblico concorso bandito dalla locale Congregazione di Carità, è stato scelto il progetto per la costruzione del nuovo Ospedale clinico di Modena, che accoglierà anche le Cliniche universitarie e sorgerà nell'area compresa tra le vie Emilia a ovest, Jacopo Barozzi, lato est della Caserma di Artiglieria, più l'area sulla quale esiste l'Ospedale Ramazzini (reparto contagiosi ed isolamento), che sarà conservato intatto. Il nuovo ospedale, della capacità di 800 letti, in soli tre fabbricati — dell'altezza massima in qualche parte di 11 piani — raccoglie tutto il complesso clinico-ospedaliero: ospedale clinico, ospedale sanatoriale, istituti di anatomia e servizi mortuari, distribuiti in modo da creare, nell'ospedale sanatoriale e più ancora in quello clinico, due zone perfettamente distinte: la zona di « degenza » e quella di « filtro ». Nella prima, sviluppantesi a sud, si raccoglieranno gli ammalati, e nella seconda, a nord, si potranno disporre le sale diagnostiche di ricerca, quelle di cura ed operatorie, gl'insegnamenti di Facoltà con le aule ed i laboratori, le direzioni, gli archivi ecc. Il progetto è dovuto all'arch. Rossi di Roma.

Per il prof. Bocchetti.

Nel salone delle conferenze dell'ospedale militare del Celio, il prof. Federigo Bocchetti ha tenuto agli ufficiali medici del presidio di Roma una conferenza dal titolo: « Il contagio e la difesa dalle varie malattie infettive attraverso i tempi e secondo le moderne dottrine ».

L'oratore è stato vivamente applaudito. Alla fine, poichè questa conferenza è stata tenuta allo scopo di salutare il prof. Bocchetti che ha lasciato in questi giorni l'Esercito e la direzione del Sanatorio Militare di Anzio, per assumere quanto prima la direzione in Roma del Sanatorio di Porta Furba, il col. med. Napolitani, direttore di sanità del Corpo d'armata, e il col. Masserano, direttore dell'ospedale militare, hanno ricordato con affettuose parole tutte le opere svolte dal prof. Bocchetti, negli svariati campi della attività della sanità militare, in pace ed in guerra. Alla fine ha preso la parola l'on. prof. Eugenio Morelli che ha voluto ricordare anche l'opera dedicata dal prof. Bocchetti al periodico « Le Forze Sanitarie » e all'erigenda Casa di riposo del medico. A tutti ha risposto il Bocchetti ed alla fine gli è stata offerta una medaglia d'oro, ricordo di tutti gli ufficiali medici del Corpo d'armata di Roma.

Demmo già notizia di un'altra manifestazione fatta al camerata prof. Bocchetti, varî giorni fa, dal personale sanitario e dai ricoverati del Sanatorio militare di Anzio, dove egli lascia il concreto ricordo di una attività vivamente apprezzata.

Pletora medica in Francia.

Nel corso di un ventennio il numero dei medici esercenti in Francia è passato da 16.200 a 27.500, ossia è aumentato del 70 %, mentre la popolazione è aumentata di 2 milioni, ossia solo del 2 per cento.

Il decano della Facoltà medica di Parigi, prof. Roussy, ha diramato alle famiglie francesi un ammonimento sull'esuberanza di medici ora prodottasi. Egli ha avuto lo scopo di infrenare le iscrizioni nelle Facoltà mediche; ma le iscrizioni continuano numerose. Gli è che anche nelle altre professioni liberali v'è sovrabbondanza e la scelta rimane difficile per i giovani che intendono di avviarsi a queste professioni. D'altra parte, lo studio della medicina esercita molte attrattive, malgrado le ombre, quali la lunga durata (ora ufficialmente di 7 anni, ma che già prima praticamente lo era), il costo elevato (si valuta a 110.000 franchi in media), il costo dell'installazione (gabinetto, strumentario, biblioteca, ecc.), il ritardo nell'inizio di guadagni bastevoli a creare l'indipendenza, la necessità di tenersi sempre sulla breccia (dati i progressi incessanti della medicina) e quindi di essere abbonati a più giornali scientifici, di acquistare libri, di frequentare corsi, riunioni, congressi ecc.; l'impossibilità assoluta di forti guadagni, paragonabili a quelli dell'industria o del commercio. Vi sono, evidentemente, delle ragioni ideali che attraggono verso la medicina; ma l'eccesso dei medici finisce col creare condizioni di disagio economico quasi per tutti.

Non v'è solo esuberanza, ma anche ineguale distribuzione: mentre nelle zone rurali si conta un medico ogni 2000-2500 abitanti, nelle grandi città si va oltre un medico ogni 1000 abitanti. Anche nelle zone industriali (del Nord, dell'Est e della Loira) la proporzione è elevata, grazie allo sviluppo delle assicurazioni sociali e della medicina industriale.

La città presenta per i medici gl'incontestabili vantaggi di una vita più alta, grazie ai contatti con persone colte, alla possibilità di frequentare luoghi di studio, di trattenimento, ecc.

La campagna in genere viene disdegnata, malgrado presenti il vantaggio di una vita più sana. Ora le differenze a svantaggio della campagna sono venute riducendosi e quasi annullandosi, grazie all'impiego delle automobili, che consentono spostamenti rapidi e in qualunque momendio, al moltiplicarsi dei giornali medici (oggi un medico di campagna si considera quasi disonorato se non riceve molti giornali in abbonamento), alla radio ecc.; perciò si va determinando un esodo verso le campagne. Esso è favorito dalla « Conféderation des syndicats médicaux français », che ha stabilito uno speciale ufficio per avviare i medici verso la campagna; inoltre alcuni Dipartimenti offrono molte facilitazioni ai medici che eleggono domicilio nel loro territorio. Per tal modo il disagio economico, inerente, più che alla pletora, alla ineguale distribuzione, viene attenuandosi.

Associazione dei diabetici in Inghilterra.

Lo scorso anno demmo notizia che lo scrittore inglese H. G. Wells aveva costituito un'associazione di diabetici, la quale aveva lo scopo di fornire fondi all'ambulatorio per diabetici del « King's College Hospital » di Londra. Il noto scrittore aveva suggerito che l'amministrazione dell'ospedale, invece di fare appello a tutto il pubblico per la raccolta di fondi destinati all'ambulatorio, si rivolgesse ai diabetici benestanti che avevano risentito dei benefizi dalle nuove cure. Una sua lettera pubblicata nel « Times », bastò per coprire immediatamente la richiesta. L'associazione allora costituita tra i diabetici benestanti, oltre a raggiungere scopi filantropici, offrì l'opportunità di scambi di vedute e di esperienze personali. Ora lo stesso Wells ha proposto di estendere l'associazione e di accogliere in essa tutti i diabetici che ne facciano richiesta, come pure medici e infermiere sovratutto se specializzati nella cura e nell'assistenza dei diabetici, nonchè di fondare un organo, a periodicità trimestrale, il quale contenga notizie e dati riguardanti il diabete: nuovi studi, libri, discussioni sui cibi, sui rimedi, una rubrica di quesiti e risposte ecc. I soci fondatori sottoscriverebbero 5 sterline.

Azioni giudiziarie.

La II Sezione Penale della Suprema Corte, presieduta dall'on. Saltelli, ha discusso un ricorso in cui era prospettata un'interessante questione di diritto.

La sentenza impugnata, emessa dalla Corte di Appello di Torino, condannava il signor Burracco Pietro Antonio ad un mese di reclusione con la condizionale, per essersi opposto decisamente al trasporto in manicomio di un alienato, ritenendo l'imputato responsabile del reato di cui all'art. 338 C. P.

Il Supremo Collegio ha confermato la sentenza e respinto il ricorso del Burracco, ravvisando nel fatto gli estremi del reato di interruzione di pubblico servizio, dovendosi ritenere che l'attività pubblica rivolta all'isolamento ed alla custodia degli alienati costituisce pubblico servizio.

Un po' dovunque.

Alla presenza del Fiduciario Nazionale prof. Mancini, si è svolto a Cagliari il rapporto dei professori e assistenti universitari.

Il prof. Alberto Ascoli, di Milano, ha tenuto l'8 maggio, a Vienna, per iniziativa della Società di biologia di questa città, una conferenza in cui ha comunicato le ricerche sue e della sua scuola sulla vaccinazione antitubercolare e sull'anacoresi. La conferenza ha destato vivo interessamento negli ambienti sanitari austriaci.

La 93ª riunione della Società di naturalisti e medici tedeschi è indetta dal 16 al 20 settembre ad Hannover. Temi principali: « Progressi culturali mediante scambi tra tecnica e scienza » (prof. Zenneck); « Importanza della sieroterapia e della sieroprofilassi per la lotta contro le malattie infettive » (prof. Uhlenhuth); « Eredobiologia e malattie nervose » (prof. Curtius); « Nuove vie per il trattamento delle malattie tropicali » (prof. Kikuth); « Sviluppo degli scambi transoceanici aerei » (dott. Eckner); « Lotta contro il dolore » (prof. Kirschener). Per informazioni rivolgersi alla segreteria, Technische Hochchule, Welfengarten 1, Hannover, Germania.

La Società di radiologia e d'elettrologia medica della Romania, in occasione del suo 10° anniver-

sario, organizza un congresso per i giorni 8-10 novembre a Bucarest. Temi: La colecistografia; La diagnosi della tbc. intratoracica nei fanciulli mediante i raggi X; La radioterapia del cancro del seno; L'actinoterapia nell'eresipela della faccia. Segretario generale: dott. G. N. Giurea, Strada Stirbey-Voda 108-bis, Bucuresti, Romania.

Il 5° Congresso jugoslavo di chirurgia si è tenuto a Belgrado dal 28 aprile al 1° maggio. Temi: Trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare e pleurica; Fratture delle ossa lunghe degli arti; Le indicazioni dell'operazione cesarea.

L'Associazione della Stampa Medica Belga terrà una riunione a Bruxelles il 2 giugno. Nell'antimeriggio i convenuti visiteranno l'Istituto di educazione fisica, ove assisteranno alle lezioni e alla proiezione di una cinematografia didattica e verranno informati sui rilevamenti medici; poi saranno invitati a un banchetto. Nel pomeriggio i convenuti visiteranno il campo d'aviazione d'Evère, ove sarà data la dimostrazione di un nuovo elicottero, di una vettura d'ambulanza, di un nuovo tipo di barella, di un aeroplano sanitario; verranno indicate le direttive generali degli esami sulle attitudini fisiche all'aviazione; in loro onore si compiranno acrobazie aeree; infine verrà loro offerto un tè.

La « Società per lo studio dell'asma e forme affini » degli Stati Uniti, si è adunata il 28 aprile ad Atlantic City.

L'Associazione cardiologica americana ha indetto la sua 10ª riunione annuale per il 12 giugno a Cleveland.

Il 12° Congresso internazionale di medicina veterinaria avrà luogo a New York dal 13 al 18 agosto.

Il 5 marzo ebbe luogo la seduta ordinaria della Sezione Romana delle Società Italiane di Oto-Neuro-Oftalmologia e di Radio-Neuro-Chirurgia, presso la R. Clinica oculistica di Roma, sotto la presidenza del prof. Ovio. Furono fatte comunicazioni dai soci proff. R. Alessandri, D. Di Vestea, I. Neuschuler.

L'Associazione medica triestina si è adunata il 20 e il 24 aprile, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. F. Donini. Furono fatte due conferenze, dal prof. F. Ody (Ginevra) sulla trapanazione allantoide-occipitale e dal prof. O. Olivo (Bologna) sulla senescenza.

La Società medico-chirurgica della Romagna si è adunata a Faenza il 15 aprile, sotto la presidenza del prof. F. Giugni, assistito dal segretario dott. P. Galli. Furono fatte comunicazioni dai soci: prof. Silvestrini (Rimini), prof. Sega (Rimini) (due comunicazioni), prof. Solieri (Forlì), prof. Ortali (Ravenna), dott. Monti (Forlì).

Con provvedimento del 2 maggio l'Amministrazione straordinaria del Grande Ospedale Civico « Piemonte » di Messina ha ridotto, a decorrere dal 16 maggio, la retta di degenza per gli ammalati poveri da L. 18 a L. 16,50 al giorno. Uguale riduzione è stata apportata per l'altro Ospedale Civico « Regina Margherita ». Con altro provvedimento sono state apportate sensibili riduzioni nelle rette e cure per ammalati a pagamento.

Il prof. Alfredo Sordelli, direttore dell'Istituto Batteriologico Nazionale di Buenos Aires, ha ripetuto nei locali dell'Istituto Sieroterapico Milanese la conferenza tenuta a Roma sugli « Antigeni complessi ». Gli è stato offerto un banchetto.

Corsi dimostrativi rapidi sulle malattie professionali che, in base alla recente legge, sono soggette all'obbligo dell'assicurazione, sono stati promossi dall'Istituto nazionale fascista per l'assicurazione contro gl'infortuni sul lavoro, d'accordo con i Ministeri delle Corporazioni e dell'Educazione Nazionale, e vanno svolgendosi a Milano, Napoli e Torino.

Un corso di perfezionamento sulle malattie dei reni ha luogo a Parigi dall'11 maggio al 27 giugno, sotto la direzione del prof. F. Rathery.

La direzione della « Rivista Italiana di Terapia » è stata assunta dai proff. Luigi D'Amato, direttore del R. Istituto di patologia medica di Napoli, e E. Meneghetti, direttore del R. Istituto di Farmacologia di Padova, che subentrano al compianto prof. P. Castellino e al prof. A. Valenti, dimissionario.

Siamo lieti di annunziare che si è iniziata la pubblicazione di « Urologia », rassegna trimestrale di urologia medica e chirurgica, diretta dal prof. Francesco de Gironcoli, assistito da un comitato di redazione e con la collaborazione d'illustri clinici e studiosi. Il giornale reca copiose rubriche. Direzione: Venezia, S. Moisè, Calle del Cristo 2046; amministrazione: Belluno, via Simon da Cusighe; abbonamento: Italia L. 20, estero L. 30.

L'« American Journal of Digestive Diseases and Nutrition » ha cominciato le pubblicazioni in marzo e le continuerà mensilmente; direttore ne è il Dr. Frank Smithies, di Chicago; amministratore ne è il Dr. Beaumont S. Cornell (Fort Wayne, Indiana, S. U. d'A.).

Al Ministero francese della salute pubblica e dell'educazione fisica sono stati annessi l'Ufficio nazionale d'igiene sociale e l'Istituto d'idrologia e climatologia, che erano sorti come enti autonomi.

Il Duce ha disposto che la villa a lui donata da Lady Ogle, situata in San Remo, venga destinata a convalescenziario per ufficiali e data in gestione all'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Il 7 maggio si è inaugurato a Cassino il dispensario antitubercolare. L'abate-vescovo di Montecassino ha benedetto i locali e pronunciato un discorso di occasione; il preside della provincia ha innalzato il grato e reverente pensiero al Duce, che ha donato il prezioso fabbricato alla città.

S. M. la Regina Elena si è recata al Policlinico Umberto I di Roma per visitare il nuovo reparto per la cura dei malati di postumi di encefalite letargica che, dietro Sua iniziativa e col di Lei personale concorso, è stato in questi giorni inaugurato. Il reparto è diretto dal prof. Panegrossi e vi prestano opera efficace le infermiere della Scuola Convitto Regina Elena.

Il dott. Alberto Wander, il quale ha già fondato con mezzo milione di lire l'Opera Pia « Dott. Alberto Wander » in soccorso degli impiegati e degli operai della omonima sua Ditta, che ha sede in Milano, ha ora elargito la somma di L. 100.000 per completare l'assistenza, oltre che per le eventuali strettezze economiche, per le cure marine e montane.

Nel « Daily Telegraph », una collaboratrice descrive ed esalta le istituzioni fasciste per la tutela della maternità e dell'infanzia.

Nella città di Senftenberg, in Germania, si è diffusa un'epidemia di difterite, in una forma grave, che colpisce e uccide anche gli adulti. Le autorità hanno ordinato la chiusura delle fabbriche e delle scuole, come pure hanno vietato ogni adunata.

Il 2° Convegno della Società dei medici amici del vino di Francia si terrà a Béziers dal 25 al 28 ottobre, sotto la presidenza del prof. L. Dieulafé. Per informazioni rivolgersi al segretario permanente della Società, allées Paul Riquet 72, Béziers, Francia.

Il dott. Gaetano Gagliardi ha tenuto a Roma, nella sede della Confederazione dell'industria, una conferenza su « La medicina omiopatica al vaglio della critica e al lume della scienza ».

Chi intendesse di partecipare alla XV Conferenza internazionale della Croce Rossa, indetta a Tokio per la seconda metà di ottobre, troverà le informazioni riguardanti le modalità e le spese di viaggio, nel « Bulletin de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge » del maggio 1934. (Richiederlo alla segreteria della Lega, avenue Velasquez 2, Paris VIII; indirizzo telegrafico Lieross 37 - Paris). Le vie sono tre: la transiberiana (la più economica; durata: 18 giorni da o per Berlino), Oceano Indiano (durata: 23-26 giorni) e attraverso l'America (la più costosa; durata: 25-27 giorni). Conviene prenotare i posti con forte anticipo.

Il dott. Clayton May e l'infermiera sig.a Gurniath Ladelle, di San Paolo nel Minnesota, sono stati arrestati sotto l'accusa di complicità col famigerato gangster John Billinger, in quanto ebbero a prestargli le loro cure (dopo che egli rimase ferito in un conflitto con un agente) ed omisero di denunziarlo, rendendone così possibile la fuga. Il chirurgo e l'infermiera invocano il segreto professionale ed hanno solidale tutta la classe sanitaria.

Sei Stati della Unione hanno stanziato mille dollari ciascuno di taglia per la cattura del pericoloso bandito.

Il fondatore e direttore di cinque compagnie private d'assicurazione contro le malattie e contro gl'infortuni negli Stati Uniti, certo Harry Kramer, è stato condannato per frode a due anni di prigione ed a 5000 dollari di ammenda; altre condanne sono state inflitte ad un suo rappresentante ed a 16 agenti delle compagnie. È risultato che queste riscuotevano i premi ma non corrispondevano gl'indennizzi (in 3 anni, vennero corrisposti appena dollari 71.05 d'indennizzi!).

L'ostetrica Assunta Taddei, di anni 57, esercente a Firenze, assisteva una partoriente quando veniva colpita da grave malore e si abbatteva, priva di sensi; prontamente soccorsa e trasportata all'ospedale, cessava di vivere; la morte è avvenuta per edema polmonare acuto.

Indice alfabetico per materie.

Allergia alla tubercolina e all'ultravirus tubercolare . . . . *Pag.* 779
Anatossina difterica: ricerche . . . . . » 790
Anemie gravi e stenosi intestinali . . » 792
Anestesia chirurgica 781, 782
Ascesso polmonare: terapia con onde corte . . . . » 786
Asma: dati clinici . . . . » 782
Bibliografia . . . . » 789
Bile: pneumococco . . . . » 791
Broncopolmonite: focolai cuneiformi . . » 791
Cardiospasmo, esofagite esfoliativa e diverticoli esofagei . . . . » 770
Carenze alimentari: azioni sull'intestino . . . . » 791
Chinina: monopolio di Stato . . . . . » 795
Cisti da echinococco aperte nelle vie biliari: trattam. . . . . » 790
Corpi di Foà-Kurloff: genesi . . . . . . » 791
Cute: innesto omoplastico peduncolato . » 790
Dolore di origine ureterale . . . . » 794
Emofilia: trattamento con citrato di sodio . . . . » 793
Emostasi con estratto di tonsilla . . . » 794
Emottisi: atelettasia polmonare . . . . » 780
Eritroleucemia e tbc. della milza . . . . » 792
Estremità: disturbi vasomotori nel corso di malattie digestive . . . . » 785
Febbre: si deve combatterla? . . . . . *Pag.* 778
Granulocitopenia primaria: etiologia e terapia 792, 793
Idronefrosi: rottura traumatica . . . . » 790
Innesti testicolari da uomo a uomo . . » 787
Intestino digiuno: diverticoli . . . . . » 775
Intestino: voluminoso fibroma libero . » 791
Istituti di cura per tubercolotici: rette di ricovero . . . . » 796
Istituto di Sanità Pubblica . . . . . . » 795
Nervi: degenerazione e rigenerazione . . » 789
Organozimoterapia e diastasi tissulari . » 786
Ovaio: neoplasma solido . . . . » 790
Reazione di Takata-Ara . . . . » 791
Parkinsonismo postencefalitico: cura . » 785
Sangue: influenza del calcio sul contenuto in piastrine . . . . » 763
Stampa medica italiana: per la — . . » 796
Stomaco: polipi . . . . » 767
Tubercolosi polm.: auroterapia . . . . . » 780
Tubercolosi polm.: radiochimografia . . » 780
Tumori cerebrali: craniectomia decompressiva . . . . » 790
Ulcera gastroduodenale: terapia con il benzoato di sodio . . . . » 790
Vaccinazione jenneriana e reazioni allergiche del nevrasse . . . . » 789
Vitamina A e resistenza alle malattie . » 794
Xantomatosis bulbi . . . . » 790

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 28 Maggio 1934 - XII Num. 21

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lezioni: D. Taddei: Apofisite superiore del femore (gran trocantere).

Lavori originali: F. Ravenna e C. Canella: Una forma nuova di grave anemia infantile associata ad osteoporosi diffusa. (Sindrome del Cooley).

Osservazioni cliniche: M. Monacelli: Il primo caso di Leishmaniosi cutanea autoctona nella provincia di Forlì.

Note di tecnica E. Scavo: Su un artifizio di tecnica per l'estrazione degli aghi ritenuti in alcune parti del corpo.

Sunti e rassegne: SISTEMA NERVOSO: G. A. Alfano: La poliomielite anteriore acuta: venticinque anni di studio. — G. Mauriquand, J. Dechainne e P. Sédallian: Riflessioni sullo stato attuale della profilassi della malattia di Heine-Medin. — I. Lhermitte e Ph. Pagniez: Sindrome infundibulo-tuberina pseudo-ipofisaria. — A. Radovici e O. Meller: La liquidografia nell'uomo. Tentativi di encefalografia con il thorotrast per iniezione sottoccipitale. — MISCELLANEA: H. Walter: Fegato e stanchezza. — Myer Solis-Cohen: Necessità di rivedere il concetto di infezione focale. — M. T. Regnier: Nozioni attuali sul glutatione. — S. Schiavo: Batteriofagia e terapia batteriofagica. — G. Stancanelli: La dieta di mele nella cura delle diarree del lattante.

Divagazioni: L'importanza fisio-patologica dell'umidità atmosferica.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società Mediche, Congressi: Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Malattia di Addison a sintomatologia frusta e ad evoluzione prolungata. Utilità della diagnosi radiologica. — Ipertensione parossistica e tumore del midollo surrenale. — Sindromi epato-surrenali. — Adrenalinuria e tubercolosi polmonare. — Un caso di miastenia progressiva trattato con successo con l'opoterapia corticosurrenale. — Tumori delle paratiroidi con iperparatiroidismo. — Sulla chirurgia delle paratiroidi. — La paratiroidectomia nelle artriti croniche anchilosanti. — Cura della tetania postoperativa. — TECNICA MEDICA: L'importanza delle regole di asepsi nelle iniezioni. — IGIENE: La purificazione dell'acqua, per le truppe, con cloro e carboni attivi. — MEDICINA SCIENTIFICA: L'anisocitosi dei globuli rossi nella tubercolosi. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.

Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Risposte a quesiti per questioni di massima.

Nella vita professionale: Servizi igienico-sanitari. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse. — Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LEZIONI

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Firenze

diretto dal prof. D. TADDEI.

Apofisite superiore del femore (gran trocantere) (*).

Prof. DOMENICO TADDEI.

Il caso, che oggi vi presento e che riguarda una particolare lesione ossea del segmento superiore del femore, merita una considerazione speciale anche perchè in precedenza mi sono occupato di lesioni analoghe dell'estremo superiore dell'omero.

Vi riferisco innanzi tutto la storia clinica dell'ammalato:

P. Giorgio, di anni 18, di Firenze, studente.

All'età di 12 anni ha sofferto di una raccolta ascessuale della grandezza di una noce, localizzata sulla faccia esterna della coscia sinistra all'unione del terzo superiore col terzo medio di questa. La raccolta si era formata senza cause apparenti, aveva avuto un accrescimento lento e non arrecava alcun disturbo soggettivo al paziente. Dai curanti fu diagnosticata come un ascesso freddo e si ritenne che interessasse unicamente le parti molli. Venne trattata con svuotamento ed iniezioni di sostanze modificatrici. Secondo ciò che riferisce il paziente, il contenuto della raccolta era costituito da liquido purulento, non fetido, giallastro. Il paziente non ebbe a notare rialzi termici.

L'affezione sembrò che passasse assai rapidamente e stabilmente a guarigione, senonchè, dopo cinque mesi, nell'estate, mentre il bambino si sottoponeva a cure elioterapiche marine, si venne a formare in corrispondenza della cicatrice pregressa, un tramite fistoloso da cui veniva emesso ripetutamente del materiale purulento.

Tali condizioni si prolungarono e rimasero invariate per tre anni. Mai fu notata febbre. In questo tempo il paziente si sottopose a cure mediche generali e ad irradiazioni locali con raggi ultravioletti. Finalmente, nel 1931, il tramite fistoloso si chiuse.

Dal 1931 fino all'attuale sintomatologia il paziente afferma di essere sempre stato in buone condizioni. Verso la metà del febbraio u. s. ha cominciato ad accusare dolori lancinanti alla faccia laterale della coscia sinistra, nella sua parte alta, dolori che si presentavano particolarmente intensi durante la deambulazione. Riferisce che i movimenti dell'arto, sia attivi che passivi, non sono mai stati veramente impediti, ma tutti vengono compiuti con una certa difficoltà e limitazione, specialmente quelli di rotazione esterna e di abduzione.

(*) Lezione clinica tenuta il 10 marzo 1934 e raccolta dal dott. GIULIANO LUCARELLI, assistente.

Non ha avuto temperatura febbrile nè altri disturbi di ordine generale.

Perdurando tali condizioni ha deciso di farsi ricoverare in Clinica dove viene accolto il 5 marzo 1934.

Padre e madre viventi e sani; non ha fratelli. È nato con parto eutocico ed ha avuto allattamento materno. È cresciuto piuttosto gracile e con ritardo rispetto alla sua età. Deambulazione un poco tardiva.

Ha sofferto da bambino di morbillo e di varicella, successivamente di disturbi enterici accompagnati da modici rialzi termici. È stato più volte operato per adenoidi. Discreto mangiatore, modico bevitore, non fumatore.

Questi i dati anamnestici. Ora passiamo all'esame obiettivo dell'ammalato.

Si tratta di un giovane che presenta sulla faccia esterna della coscia sinistra, in corrispondenza dell'unione del terzo superiore col terzo medio, una cicatrice depressa, rotondeggiante, delle dimensioni di una moneta da venti centesimi, aderente ai piani muscolari sottostanti. Il resto dei tegumenti dell'arto non presenta altre particolarità.

Tutta la coscia è alquanto ipotrofica, la sua circonferenza a 20 cm. dal margine superiore della rotula è di 42 cm., mentre a destra è di 46 cm. La lunghezza del femore sinistro è identica a quella di destra. I movimenti sia attivi che passivi dell'arto sono possibili; soltanto esiste una lieve limitazione dei movimenti di rotazione esterna e di abduzione della coscia. Alla palpazione si provoca dolore, non molto intenso, in una zona limitata alla base della regione trocanterica. Il trocantere non si apprezza in alcun modo deformato. Nulla di anormale a carico della rimanente porzione dell'arto, dell'articolazione dell'anca, del bacino e del rachide.

Il paziente ha costituzione scheletrica regolare, ma gracile; lo stato di nutrizione e di sanguificazione è discreto. Esiste *facies* adenoidea tipica e micropoliadenopatia cervicale e inguinale evidente. Nulla a carico dell'apparato cardiovascolare e degli organi addominali. L'esame delle urine è risultato negativo. I globuli bianchi del sangue sono in numero di 5200 con una formula leucocitaria rappresentata dal 70 % di neutrofili, dal 21 % di linfociti, dal 7 % di mononucleati, dall'1 % di eosinofili e dall'1 % di forme basofile. Wassermann negativa. I riflessi cutanei e profondi sono normali. Invece all'esame dell'apparato respiratorio notiamo, a destra, ipotrofia lieve del m. trapezio e ipofonesi della regione sopraspinosa, dove pure apprezziamo, all'ascoltazione, respiro aspro con rari rantoli crepitanti.

La mancanza di dolore all'articolazione dell'anca e di particolari atteggiamenti funzionali dell'arto escludono una coxite.

È pure da escludersi un'affezione qualunque del bacino, il cui esame è negativo.

Il dolore limitato alla base del trocantere è il fatto che richiama l'attenzione e che può spiegare i lievi fenomeni funzionali e l'ipotrofia della coscia.

È da escludersi senz'altro un'affezione delle parti molli (cute, muscoli, fascie, borse, mucose).

La radiografia infatti, che in passato era stata negativa, essendo stata messa in evidenza solo la diafisi, ciò che aveva fatto pensare che l'ascesso e la fistola formatasi poi fossero specifici, ma di origine dalle parti molli, ha dimostrato, verso la parte bassa del trocantere sinistro, una cavità ovoide, appuntita inferiormente, senza fenomeni reattivi ossei (fig. 1).

FIG. 1.

Nella stessa radiografia, che interessa il bacino, le due articolazioni coxo-femorali e gran parte delle diafisi femorali, nessun'altra lesione ossea è visibile.

Noi abbiamo insomma dati sicuri per ammettere una lesione rarefattiva, anzi distruttiva del trocantere senza reazione periostea, senza neoformazione ossea, la quale spiega i sintomi clinici attuali ed anche quelli antichi. Si deve ritenere con ogni probabilità erronea la diagnosi di affezione delle parti molli della coscia fatta in passato. Nel caso speciale poi, ammessa l'ipotesi di affezione delle parti molli, esclusa la cute ed il sottocutaneo, per l'aderenza muscolare ancora oggi esistente della cicatrice residua avrebbe dovuto evidentemente trattarsi di una lesione di origine muscolare. Ma si sa quanto sia rara la miosite primitiva, specialmente la tubercolare, ed i casi non numerosi descritti non sono tutti sicuri ed esenti da critica.

La natura più accettabile del processo trocanteritico cronico è quella tubercolare. Le condizioni generali del soggetto, tipicamente adenoideo, i dati clinici e radiografici, il decorso, i precedenti locali (ascesso freddo e fistola successiva coi caratteri delle tubercolari) sono elementi direi quasi di certezza.

Si tratta quindi di una apofisite specifica, di una trocanterite tubercolare, localizzazione non frequente, non descritta nei trattati ed illustrata in monografie speciali.

Non è possibile però, unicamente in base ai dati che possediamo, compreso il radiografico, affermare in casi di questo genere in modo assoluto la natura morbosa senza avere un controllo operatorio.

Infatti a carico delle apofisi in genere si possono verificare lesioni di diversa natura con caratteri sintomatologici ed anche radiografici simili. In una precedente lezione sulle apofisiti superiori dell'omero (*) ho descritto delle affezioni della grande tuberosità omerale difficili ad interpretarsi e che non erano ancora state considerate nel modo come credo si debbano considerare. Misi in evidenza come possono capitare all'osservazione del medico casi in cui l'affezione dell'estremo superiore dell'omero viene a stabilirsi in modo più o meno acuto e in cui è possibile rilevare radiograficamente, a carico della grande tuberosità, cavità analoghe a quella che oggi avete osservato nel trocantere.

In uno dei pazienti presentati in quella lezione l'intervento operatorio rivelò un focolaio tubercolare caseificato, con piccoli sequestri a carico della grande tuberosità e l'esame istologico e culturale del materiale asportato confermò pienamente la diagnosi clinica; in un altro ammalato invece l'operazione rivelò, in corrispondenza pure della grande tuberosità, una piccola cavità ossea contenente un sequestro e del pus giallastro in cui si trovò lo stafilococco aureo. L'esame culturale dette una cultura pura di questo germe.

Oltre a questi casi però, in cui i fenomeni dolorosi si sono iniziati spontaneamente, ne esistono, come ebbi a notare, altri in cui un piccolo trauma e, talvolta, una semplice contrazione muscolare sono stati sufficienti a provocare acutamente dolori e difficoltà nei movimenti dell'arto. L'esame radiografico ha potuto manifestarci in queste evenienze distacchi di frammenti della grande tuberosità che è apparsa in preda ad una più o meno marcata rarefazione. Si può facilmente dedurre da ciò che piccoli, circoscritti e latenti focolai flogistici ossei abbiano favorito il distacco di particelle di osso dalla grande tuberosità e lo stabilirsi così di una sintomatologia ad insorgenza improvvisa e acuta.

Probabilmente poi molti casi di apofisite dell'omero sono stati interpretati come dovuti a lesioni delle borse sotto-acromiali e sottodeltoidee, a quell'affezione cioè che va sotto il nome di periartrite scapolo-omerale. Così pure frammenti ossei distaccati da apofisi omerali rarefatte sono state interpretate, per una non precisa valutazione della rarefazione riscontrabile radiograficamente, come calcificazioni della borsa sotto-acromiale. Più raramente le apofisiti omerali superiori sono state confuse con lussazioni del tendine lungo del bicipite brachiale, nella quale ultima affezione si dovrebbe però apprezzare colla palpazione, sotto forma di cordone, il tendine spostato.

Ho riscontrato d'altra parte anche nell'apofisi stiloidea del radio lesioni circoscritte, sotto forma di caverne, simili a quelle riscontrate nella grande tuberosità dell'omero e nel gran trocantere e contenenti materiale caseoso tubercolare.

Non sempre però, a carico dell'apofisi, si verificano fenomeni distruttivi, perchè talvolta possiamo osservare delle affezioni caratterizzate da neo-produzioni. Di questo genere infatti è l'apofisite tibiale (malattia di Schlatter), che si riscontra nel giovane a carico della tuberosità tibiale; lesioni simili si possono riscontrare anche alla tuberosità posteriore del calcagno, ad una apofisi spinosa vertebrale, al gran trocantere, al tubercolo dello scafoide. Sono caratterizzate dalla sporgenza dell'apofisi ammalata ed in qualche rarissimo caso possono arrivare alla suppurazione.

Da quanto precede si comprende che le varie apofisiti, se possono essere considerate e studiate isolatamente, debbono però essere inquadrate in uno stesso capitolo. Nella grande tuberosità dell'omero quindi ed in altre apofisi dell'organismo si possono avere lesioni tubercolari difficilmente diagnosticabili da lesioni di altre sedi ed anche tra loro stesse, per quel che riguarda cioè la natura del processo. Così si comprende come nel caso che è oggi in considerazione possa essere dubbio se la lesione trocanterica sia o no di natura tubercolare.

Abbiamo visto come in esso molti fattori propendano per una forma specifica, ma dobbiamo tenere in considerazione che molte altre lesioni ossee possono produrre caverne.

I comuni piogeni danno luogo a fenomeni distruttivi ossei che però generalmente si associano a fatti reattivi ossei, sicchè, in base a questo reperto, molte volte è possibile stabilire una diagnosi di natura del processo morboso che altrimenti, per la scarsa acutezza con cui questo talvolta si presenta, riuscirebbe impossibile. Esiste una particolare forma cronica suppurativa delle ossa che va sotto il nome di « ascesso di Brodie » e che può confondersi dal lato sintomatologico col quadro morboso del nostro ammalato. Si tratta di un ascesso di forma abbastanza regolare, che però si trova circondato da una zona di addensamento osseo, reperto questo non riscontrabile nel nostro caso. Inoltre l'ascesso di Brodie, pur potendosi presentare in tutti i punti delle diafisi e delle epifisi, ha il suo luogo di

(*) Il Policlinico, Sez. Pratica. 35, 2379-2388, 1928.

elezione in corrispondenza della porzione iuxta-epifisaria delle diafisi e si verifica in modo predominante nella tibia al suo estremo superiore. Nel nostro paziente poi non vi sono state in precedenza malattie per cui si possa pensare ad una localizzazione metastatica di piogeni comuni (foruncolosi) o eccezionali (tifo ecc.).

Potrebbe entrare nella discussione diagnostica la sifilide, naturalmente nella sua forma gommosa. Questa però, nello scheletro, si localizza prevalentemente nelle ossa piatte ed in quelle corte; quando poi colpisce le ossa lunghe di solito si localizza nel tratto diafisario. Inoltre, data la reazione periostale che si verifica in quest'affezione, una tale diagnosi differenziale si impone nelle affezioni ossee periostosanti più a proposito che nel nostro caso. In questo la mancanza di precedenti luetici, il decorso della malattia, la negatività della Wassermann ed il reperto radiologico ci fanno escludere la lue.

Dati i caratteri del processo morboso che studiamo, non mi sembra di dover mettere in discussione le forme tumorali ossee compreso il tumore a mieloplassi, detto anche gigantocellulare, che si riscontra di solito dopo i 20 anni, ha sede epifisaria e all'esame radiologico appare in genere come un'ombra policistica, paragonabile giustamente ad una bolla di sapone.

Piuttosto si potrebbe pensare alla presenza di una ciste ossea, che si verifica con più frequenza nell'età pubere. Si sa che questa lesione è stata considerata nel modo più diverso per ciò che riguarda la sua natura e cioè di natura neoplastica, osteomielitica, in dipendenza di traumi, di alterazioni endocrine, di fattori osteodistrofici (« Osteo-distrofia cistica juvenilis » di Mikulicz, nel caso specialmente che le cisti siano multiple). Alcuni poi la considerano come una localizzazione iniziale ed unica del morbo di Recklinghausen.

Le sue sedi di predilezione però sono le metafisi e non le apofisi ed in modo speciale vengono colpite le metafisi superiore del femore e dell'omero. È caratterizzata poi dall'assenza di sintomatologia dolorosa finchè, spesso, non dà luogo a fratture spontanee. Pochi giorni or sono, infatti, avete visto operare una ciste dell'estremità inferiore del radio, il quale, a causa appunto della formazione cistica, aveva determinato una frattura spontanea al terzo inferiore.

È da notare che i precedenti fistolosi del nostro ammalato non sarebbero sufficienti per escludere la presenza di una ciste ossea, perchè anche questa può dar luogo a fenomeni suppurativi ed a tramiti fistolosi. Piuttosto la forma della lacuna ossea, appuntita in basso, quasi a punto esclamativo, non starebbe per la ciste che invece ha forma rotondeggiante, sferica o nettamente ovalare.

Anche colle formazioni cistiche parassitarie da echinococco s'impone una diagnosi differenziale. La suppurazione precedente della coscia non può escludere la lesione parassitaria, perchè questa può suppurare e fistolizzarsi. Però, nel caso dell'echinococco, nella secrezione dei tramiti fistolosi possiamo spesso riconoscere le vescicole caratteristiche o frammenti della membrana parassitaria, elementi che ci permettono senz'altro la diagnosi. La forma poi di questo genere di cisti è sferica o rotondeggiante piuttosto che allungata come nel presente caso e la localizzazione si verifica più frequentemente nelle metafisi. Non abbiamo eseguito nè la reazione del Casoni, nè la deviazione del complemento secondo Ghedini-Weinberg, perchè ci sono sembrate superflue; tuttavia la normalità degli eosinofili è un dato di laboratorio che pure può avere qualche valore e che sta contro la presenza di un'affezione parassitaria.

Conçludendo, nel nostro paziente, tutto propende per un'apofisite del trocantere di natura tubercolare. Soltanto però l'esame istologico e batteriologico del materiale asportato dalla zona malata potrà darci piena luce in proposito.

Riguardo poi al trattamento terapeutico, si deve per prima cosa escludere l'immobilizzazione dell'arto perchè la ritengo più che inutile, dannosa per le distrofie da immobilità e per le rigidità articolari che può determinare. Pure non convenienti sono le iniezioni modificanti la cavità ossea a base di iodioformio, guaiacolo ecc. Invece, credo più opportuno, data la netta limitazione del processo, di asportare il focolaio flogistico. Si potrà far guarire la ferita per prima intenzione, ammesso che il focolaio si riconosca di aspetto tubercolare; se questo invece avrà l'aspetto di una suppurazione da comuni piogeni si determinerà la guarigione per seconda intenzione.

Facendo in questo modo verrà praticata una cura radicale che sarà completata da prolungate cure mediche generali successive.

Epicrisi. — Il giorno 11-III-934, in narcosi eterea, il paziente è stato da me operato. Ho praticato, per dominare ampiamente la zona malata, un'incisione curvilinea lunga 12 cm. iniziante 2 dita sopra, terminante 2 dita sotto il trocantere e circoscrivente il margine posteriore di questo. Sezionati e divaricati i tegumenti cutanei, ho inciso le parti fibrose che coprivano la faccia laterale del gran trocantere, quindi collo scalpello ho iniziato la asportazione del tratto di esso che radiograficamente appariva leso.

Invece però di trovare una vera caverna è stata trovata una distruzione ossea diffusa, con piccole cavità e con tessuto di granulazione. Non si è potuto riscontrare nè materiale puriforme nè caseoso.

Terminata l'asportazione del tessuto osseo che appariva malato, per assicurarmi che que-

sto era stato tolto completamente, ho zaffato la ferita ed ho fatto praticare delle radiografie intra-operatorie.

FIG. 2.

Riconosciuto, anche con questo esame, che l'estirpazione della parte ammalata era stata completa, ho praticato una sutura a punti

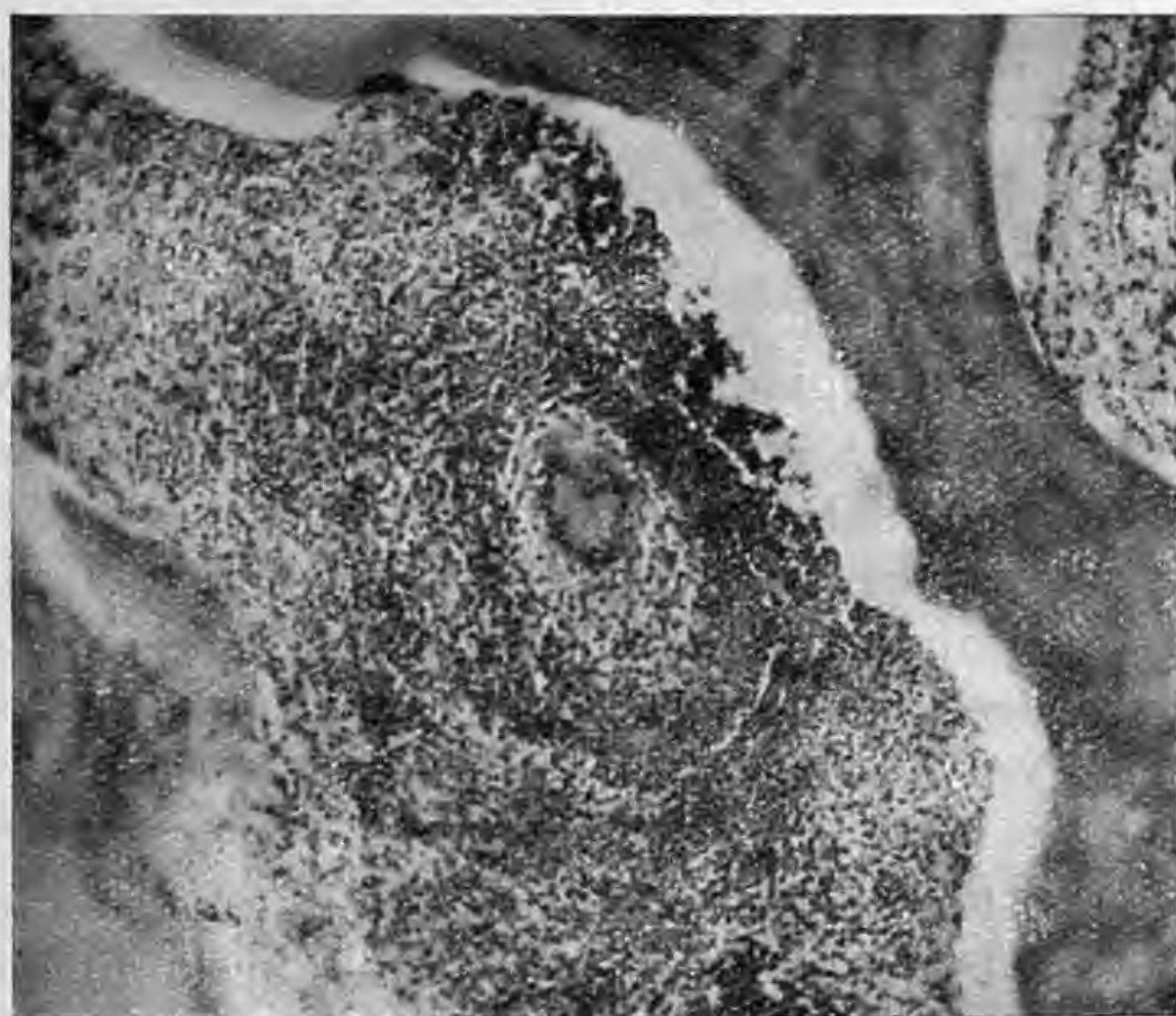



FIG. 3.

staccati, in catgut, della zona fibrosa rivestente il gran trocantere, quindi una sutura cutanea con agrafes.

Nella fig. 2 possiamo osservare, alla distanza di 15 giorni dall'intervento, l'aspetto radiografico della regione operata.

Coi pezzetti di osso asportato, dopo una conveniente decalcificazione, sono stati allestiti preparati all'ematossilina-eosina, al v. Gieson ed al Mallory.

L'esame di questi ha rivelato la presenza di un abbondante tessuto di granulazione, ricco di vasi, di elementi linfocitari, di cellule epitelioidi; in più punti di esso osserviamo la presenza di cellule giganti tipiche tubercolari (fig. 3) di grandezza e di forma diversa.

Il tessuto di granulazione ha invaso quasi uniformemente il tratto osseo ammalato, disgregando ed in varie zone distruggendo le lamelle ossee. È però nella parte centrale del trocantere che si trovano abbondanti queste lamelle ossee in preda ad intensi processi disgregativi. Non si sono verificati veri e propri fenomeni di caseosi.

Il tessuto osseo in nessun punto, neppure nelle zone periferiche del tratto leso, presenta fenomeni di osteo-mielite condensante.

Il reperto istologico perciò ha confermato pienamente la diagnosi clinica di apofisite tubercolare trocanterica.

LAVORI ORIGINALI.

ARCISPEDALE DI S. ANNA IN FERRARA

Una forma nuova di grave anemia infantile associata ad osteoporosi diffusa.

(Sindrome del Cooley).

Prof. FERRUCCIO RAVENNA
e Dott. CARLO CANELLA.

I numerosi studi sulle anemie hanno portato nell'ultimo decennio a qualche risultato importante nel campo clinico. Primeggia la scoperta della terapia epatica e gastrica dell'anemia perniciosa, con le nuove vedute sulla patogenesi, finora tanto oscura della malattia di Biermer. Inoltre si va delineando una nuova entità clinica, la cloro-anemia achilica, che nei trattati di ematologia è venuta in un certo senso a prendere il posto della clorosi ormai fattasi rarissima, per cause che solo in parte ci sono note; e fra le anemie emolitiche descritte nel 1911 da uno di noi (1), sono state distinte le ovalocitiche e le drepanocitiche, quest'ultima associata ad alterazioni ossee particolari.

Anche le anemie infantili sono state oggetto di più acute indagini e l'anemia splenica infantum ha fornito l'argomento alle principali ricerche.

Si è potuto stabilire che sotto il nome di anemia splenica si riuniva un gruppo di ma-

lati della prima infanzia, i quali presentavano un complesso di sintomi, confinanti da una parte con l'anemia perniciosa, dall'altra con la leucemia, dalla quale non raramente è difficile la distinzione, e che infine si sconfinava nel campo delle anemie emolitiche.

Von Jaksch, Hayem, Luzet avevano osservato che le anemie infantili si associano spesso al rachitismo ed il Gänsslen, dedicatosi con particolare attenzione allo studio di queste sindromi anemiche, era stato colpito da alcune alterazioni scheletriche, evidenti in diversi malati: tipiche fra queste la turricefalia ed il naso a sella, dapprima attribuite erroneamente alla lue ed al rachitismo.

Nel 1925 Cooley e Lee in cinque bambini affetti da anemia grave osservarono un reperto radiologico insolito a carico delle ossa, e pensarono di essersi imbattuti in una forma di anemia emolitica costituzionale, dovuta con molta probabilità ad una deficienza congenita del sistema eritropoietico.

Di questa nuova affezione, staccata dalla anemia di von Jaksch, il Baty notò il carattere ereditario, famigliare e di razza e parlò di una anemia lentamente progressiva con elevato numero di emazie nucleate in circolo, splenomegalia e reperto radiologico tipico a carico delle ossa.

Poco dopo Wolstein e Kreidel riferivano 9 casi, di cui solamente due mostravano alterazioni ossee, e recentemente Koch e Shapiro, Wipple e Bradford portarono la casistica americana, sola fino ad oggi esistente a 25 malati (2).

In generale trattasi di una malattia famigliare, ereditaria e di razza, che colpisce quasi esclusivamente bambini figli di italiani, raramente di greci e siriaci, di razza quindi mediterranea. Di qui la denominazione di *Talassemia* proposta dal Wipple.

L'inizio risale alla prima infanzia con pallore grigio-giallastro della cute, debolezza generale, ingrossamento dell'addome, splenomegalia.

Nel quadro clinico conclamato, a questi sintomi che si fanno più spiccati, si aggiungono: anoressia, febbre in generale non elevata, talora edemi; aumentano la splenomegalia ed il volume del fegato, l'ittero può divenire più marcato, talora è lieve, spesso manca; l'achilia gastrica è completa. La faccia mongoloide di questi malati è tipica.

Le alterazioni scheletriche, svelate dall'esame radiologico sono importantissime e consistono in un aspetto poroso con trabecole bene evidenti ed assottigliamento della corticale nelle ossa lunghe, mentre nelle ossa brevi la rarefazione è omogenea, a piccole aree, pure di aspetto poroso. Le ossa della volta cranica presentano delle striature midollari dirette perpendicolarmente al piano osseo dei tavolati, che possono essere estremamente assottigliati: il c. d. « cranio a spazzola ». L'aspetto mongoloide è dovuto all'aumento delle ossa craniali e malari, bene evidente a malattia conclamata.

Nel quadro ematologico si notano: valori molto bassi dell'emogobina e delle emazie, aumento dei normoblasti e dei reticolociti, normale o lievemente diminuita la resistenza globulare. La cifra dei globuli bianchi è nei confini della norma od aumentata; la formula leucocitaria mostra lievi modificazioni; si incontrano spesso giovani linfociti e leucociti.

La bilirubinemia (indice ittero) è aumentata. La reazione di v. d. Bergh indiretta riesce positiva, l'urobilinogeno e la bilina fecale danno valori alti. In base a questi criteri il Cooley parlò di evidente emolisi e propose la denominazione di *anemia eritroblastica.*

Il decorso della malattia è in generale lento e progressivamente fatale.

Tutte le cure tentate fin'ora rimasero senza effetto.

Nel quadro anatomo-patologico descritto in modo magistrale da Wipple e Bradford (3), oltre alle accennate lesioni ossee, spicca la intensa iperplasia midollare ed una pigmentazione diffusa dei visceri che ricorda da vicino quella della emocromatosi. Il pigmento contenuto in massima parte nelle cellule del reticolo endotelio, dà per lo più la reazione del ferro, che può mancare se detto pigmento è di vecchia data. Non esiste vera e propria metaplasia mieloide nella milza e nel fegato. Nel midollo osseo e nella milza si incontrano cellule rotondeggianti con nucleo vescicolare e protoplasma schiumoso, analoghe a quelle che si trovano nella malattia di Gaucher; una parte di esse contiene pigmento a reazione positiva per il ferro. Nessuna particolare lesione è stata descritta a carico delle ghiandole endocrine salvo una riduzione costante dei surreni.

Esposto così per sommi capi il quadro clinico ed anatomo-patologico di questa nuova forma morbosa, che per brevità e provvisoriamente chiameremo *malattia di Cooley*, dal nome dell'Autore, che per primo la isolò, crediamo opportuno riportare i dati principali della storia clinica di un malato, che riteniamo essere il primo caso di questa entità clinica descritto in Italia e probabilmente in Europa.

STORIA CLINICA. — Sacchi Silvano, di anni 6, da Codrea (Ferrara). Entra in Ospedale il 27 maggio 1932.

Anamnesi famigliare negativa: è nato a termine da parto eutocico, ebbe allattamento materno fino a 18 mesi perchè gracile e sofferente nell'apparato gastro-enterico. Favella, dentizione e deambulazione in epoche normali.

All'età di 2 anni la madre notò ingrossamento della testa e dell'addome ed una tinta grigio-giallastra della cute sempre pallida dalla nascita. A 3 anni ebbe morbillo, a 4 anni fu curato per nefrite, disturbi enterici e tumefazione addominale. Migliorarono le condizioni dell'apparato digerente, ma il volume dell'addome si ridusse di poco. A 6 anni in occasione di una visita di controllo per l'ammissione a cure marine un sanitario consigliò il ricovero in Ospedale.

E. O. Altezza m. 1,12; peso kg. 18,100; puls. 62; respir. 21 al m'; temperatura massima 37,9.

Notevole il volume della testa ed in particolare della volta cranica, di durezza lapidea al tatto. Il capo mostra una forma quadrangolare. Radice del naso rientrante, ipertrofia delle ossa zigomatiche. Fisonomia tipicamente mongoloide.

Pallore grigio-giallastro della cute, mucose visibili pallide. Lingua patinosa alla base, modica ipertrofia tonsillare. Tumefazione modica dei gangli linfatici latero-cervicali ed inguinali. Muscoli ipotonici ed ipotrofici, scarsissimo l'adipe sottocutaneo.

Itto cardiaco visibile al V spazio un centimetro all'esterno della emiclaveare sinistra. Fremito sistolico alla punta ed al centro dell'aia, cuore ingrandito in tutti i diametri. Soffio presistolico-sistolico piuttosto aspro su tutti i focolai più intenso alla base, trasmesso in alto ed ai vasi del collo, accentuazione del secondo tono polmonare.

FIG. 1. — Fotografia di fronte e di profilo.

All'apparato respiratorio, reperto di ipertrofia ilare bilaterale, più spiccato a destra.

L'area splenica arriva in alto fino al settimo spazio intercostale sull'ascellare media, il polo inferiore della milza è a tre dita sotto l'arco costale. Milza dura a superficie lievemente irregolare, mobile indolente.

Diametro verticale dell'organo cm. 14 orizzontale cm. 12.

Cupola epatica nei limiti, il margine inferiore del fegato si palpa 2 dita trasverse al disotto dell'arcata costale, è liscio duro, indolente.

Addome tumido, globoso, trattabile, indolente. Non esiste versamento libero nell'addome. Alvo aperto, appetito conservato.

Riflessi superficiali e profondi normali. Intelligenza pronta e vivace.

Ricerche collaterali: L'esame oculare non pone in rilievo nulla di anormale nel fondo e nei mezzi diottrici.

Orine: quantità cc. 1200, reazione acida P. S. 1016. Albume, glucosio, corpi chetonici, indacano, pigmenti biliari assenti.

Urobilina tracce. Nulla di notevole nel sedimento.

Feci: di aspetto normale; non parassiti, non uova di elminti, bilinogeno, fino ad 1/750.

Cutireazione (alla tubercolina) negativa.

Ricerche ematologiche: emocultura ed agglutinazioni per il tifo, paratifi, Bang e melitense negative.

Reazioni di Wassermann e Meinicke negative nel siero di sangue del paz. e dei genitori.

Hb. 19; Emazie 1.370.000; Vg. 0,73; Leucociti 4500.

Formula leucocitaria: pol. 52 %; bas. 3 %; mon. 1 %; linf. 44 %; anisomicrocitosi intensa, rari i reticulociti ed i policromatofili. Non parassiti malarici.

Piastrine 140.000. Prove di Koch-Hess, Grocco-Frugoni negative. Splenocontrazione adrenalinica evidente (da cm. 14 a cm. 10 con 1/2 mmgr. di adrenalina).

FIG. 2. — Radiogramma del cranio: porzione frontale, in proiezione laterale.

Resistenza globulare (soluz. di NaCl.) R. minima: 0,60; R. media: 0,40; R. massima: 0,32.

R. Hijmans van der Bergh indiretta positiva.

Colesterinemia gr. 0,14 %. Calcemia mmgr. 10,7 %. Fosfatemia mmgr. 4 %.

Liquor normale. Reazione di Wassermann negativa.

Esame odontoiatrico: nulla di notevole tranne lieve ipoplasia dello smalto. Epoca di eruzione normale.

Principali misure antropometriche: altezza m. 1,12. Capo: circonferenza massima cm. 57. Diametro antero posteriore cm. 20,5. Diametro bizi-

gomatico cm. 14. Normotipo, prevalenza del volume addominale superiore.

Esame del sistema neuro-vegetativo: prevalgono alquanto le stigmate della simpaticotonia.

Esame radiologico:

Cranio: osteoporosi diffusa a piccolissime areole di tutte le ossa del cranio, che nella volta assume un aspetto a raggera « cranio a spazzola »; i tavolati specie l'esterno sono molto sottili. Osteoporosi della faccia, specie a carico dei mascellari. Il cranio è notevolmente sviluppato rispetto alla faccia (acrocefalia).

Vertebre: rarefazione tenue e diffusa della spongiosa dei corpi vertebrali.

Torace: le costole sopratutto nella loro spongiosa sono profondamente osteoporotiche a piccolissime zone areolari, quasi puntiformi, sfumate. Cuore globoso enorme.

Arti e bacino: nelle ossa delle mani e dei piedi non si osserva il tipo di rarefazione ossea descritta; mentre le metafisi e le epifisi prossimali del femore dell'omero e della tibia presentano il disegno a minutissime areole stipate, riscontrato nelle ossa spongiose, nelle diafisi si nota una corticale sottilissima con aumento del canal midollare.

FIG. 3. — Cingolo scapolo-omerale e coste.

Riassunto dei diari:

Dall'ingresso (27 maggio) fino al dicembre 1932 lieve movimento subfebbrile, con massimo di 37,8 nelle ore vespertine.

Il peso da Kg. 18,100 salì a Kg. 25,500. Durante la degenza il paz. fu sempre anemico, talora comparvero periodi di anemia più intensa e depressione, sempre superati mediante trasfusioni di sangue.

Le orine oscillarono da 900 cc. a 1390 cc. nelle 24 ore, sempre normali tranne lieve urobilinuria.

Il fegato e la milza mantennero le dimensioni iniziali, un poco ridotto invece il volume dell'addome. Rivisto per una visita di controllo il 15 sett. 1933, si presentò in condizioni pressochè identiche, con lievi modificazioni della crasi sanguigna e senso subbiettivo di benessere.

Durante la degenza tutte le cure: ricostituenti, vitaminiche, di fegato, Hemostyl rimasero inefficaci. Apportarono qualche beneficio varie trasfusioni (in tutto 9 trasfusioni di sangue ed ogni volta dai 100 ai 200 cc. di sangue paterno citratato) e la somministrazione di ferro ridotto dall'idrogeno (1 gr. per os pro die).

Gli esami ematologici durante questo periodo lasciano scorgere un lieve miglioramento della crasi sanguigna. L'Hb. da 19 % sale gradualmente con varie oscillazioni fino a 30 %; le emazie da 1.370.000 giungono a 3.000.000, mentre il valore globulare oscilla tra 0,70 e 0,50. I leucociti da 1400 vanno a 9200. Negli ultimi tempi compare qualche mielocita; gli eosinofili ed i monociti aumentano e così i reticulociti ed i polocromatofili. Gli eritroblasti variano fra l'1 % ed il 19 %. Non fenomeni emorragici; piastrine normali.

FIG. 4. — Porzione del bacino ed articolaz. coxofemorale.

L'ultimo esame di sangue (settembre 1933) dava i seguenti risultati: Hb. 30 %. Emazie 2.050.000. Vg. 0,75. Leucociti 9200. Notevole anisomicrocitosi.

Eritroblasti 10 %. Proeritroblasti 2 %. Emazie pallide, anulari, scarsi policromatofili, non ema-

zie punteggiate, alcuni reticulociti, qualche residuo nucleare.

Formula leucoc.: pol. 44 %; eos. 23 %; bas. 1 %; monoc. 13 %; linf. 19 %.

Biopsia del midollo osseo: tipica reazione eritroblastica con presenza di tutte le forme dai megaloblasti, macroblasti, ai nuclei picnotici. Scarsa la reazione della serie granulocitica.

Ricambio basale: diminuito di 21.

Elettrocardiogramma: nulla di notevole (1).

In base ai sintomi principali: facies mongoloide, tinta grigio-giallastra della cute, epatosplenomegalia, anemia grave con eritroblasti in circolo, alterazioni scheletriche tipiche, pensiamo che il nostro malato possa rientrare con ogni verosimiglianza del nuovo gruppo che il Cooley ha staccato dalla anemia di von Jaksch e denominato « *anemia eritroblastica* ».

Nel nostro caso l'aumento notevole dell'aia cardiaca ed il rumore di soffio sistolico potevano indurre ad ammettere la esistenza di un vizio valvolare congenito od acquisito, ma ricordando che l'elettrocardiogramma era normale e che nelle gravi anemie infantili si osserva questo ingrandimento dei diametri del cuore, accompagnato da rumori di soffio a cui può seguire un ritorno alla norma (4) qualora regrediscano e scompaiano i fenomeni anemici, riteniamo che si tratti di un fatto funzionale.

Per la diagnosi differenziale vengono in discussione quelle malattie in cui si associano lesioni ossee con anemia più o meno spiccata.

1) Rachitismo: si distingue dal m. di Cooley per il diverso aspetto delle lesioni ossee, incurvamento degli arti con deformità, rosario rachitico (si ricordi che nella m. di Cooley l'articolazione costocondrale è regolare, mentre l'ingrossamento delle coste si trova in prossimità della colonna), alterazioni dentarie. Infine l'aspetto radiologico delle ossa nelle due affezioni è del tutto diverso.

2) Lue congenita: l'anamnesi riporta la sifilide, le lesioni scheletriche rivestono un carattere diverso, e se la fronte olimpica ed il naso a sella ricordano a prima vista il m. di Cooley, ad un esame accurato non si trovano in questo i denti di Hutchinson, la sordità, le lesioni oculari. L'osteite luetica mostra inoltre dei processi di produzione ed addensamento sottoperiostale completamente diversi. Nella anemia di Cooley le reazioni sierologiche della lue riescono negative.

3) Osteomalacia: i dolori nella deambulazione, le deformità ossee degli arti, le fratture patologiche, l'aspetto radiologico della decalcificazione osteomalacica, appannaggio delle giovani gravide, permettono una sicura distinzione.

4) Osteite iperostotico-metaplastica o M. di Paget, è una affezione propria dell'adulto, d'altra parte le deformazioni ossee simmetriche degli arti e il processo osteoporotico e neoproduttivo a mantello presentano allo schermo immagini così tipiche da non lasciare incertezze.

5) Osteite fibroso-cistica o m. di Recklinghausen: propria dell'adulto ed in particolare del sesso femminile. Si distingue dal M. di Cooley per gli ingrossamenti caratteristici causa di deformazione per lo più simmetrica e per il quadro tipico rivelato dai raggi X (pseudo cisti ossee). Più del problematico reperto semeiologico dell'adenoma paratiroideo, vale per la diagnosi l'aumento della calcemia.

6) Cloroma e specialmente la varietà-cranio-oftalmica: a parte la colorazione verde, reperto troppo incostante, l'affezione è distinta dal diverso comportamento delle lesioni paraosteali cloromatose, dai dolori ossei, dagli infiltrati palpebrali, decisivo è il reperto ematologico con carattere leucemico.

7) Mieloma: o M. di Kahler-Bozzolo: l'età del paz. (40-60 anni), il rapido decorso, i dolori da compressione, le fratture patologiche, il tipo di lesione ossea sempre limitato e raramentre extra-costale, l'albumosuria di Bence-Jones, non dovrebbero permettere dubbi.

8) Eburneizzazione delle ossa o M. di Alber-Schönberg: in quest'affezione lo scheletro è in preda non ad un processo di rarefazione, ma ad una vera e propria marmorizzazione.

9) Xantomatosi cranio-ipofisaria o M. di Hand-Schüller-Christian: la distinzione è facile in base ai caratteri delle lesioni ossee di tipo lacunare (cranio geografico) all'esoftalmo, al diabete ipofisario, alle lesioni dentarie, al ritardo dello sviluppo, alla ipercolesterinemia, al reperto delle cellule schiumose ricche di colesterina.

10) Malattia di Gaucher: la tinta bruno-ocracea della nuca e delle mani, la pinguecola congiuntivale giallastra, i fenomeni emorragici (epistassi, petecchie), l'aumento della cerasina, la leucopenia spesso considerevole sono caratteri distintivi sufficienti.

11) Malattia di Niemann-Pick: in quest'affezione, che compare nei piccoli bimbi (fino

(1) I dati sul ricambio basale, sulla puntura del midollo e l'elettrocardiogramma sono dovuti alla grande cortesia del chiarissimo prof. Pincherle, clinico pediatra di Bologna, al quale, riconosciuta la importanza e singolarità del caso, abbiamo passato il piccolo paz. perchè potesse disporne a scopo didattico.

ai 18 mesi) provocando un arresto di sviluppo, si osserva un ammassamento di lipoidi (fosfatidi, lecitina) nel reticolo endotelio di tutto il corpo. La pronta e rapida cachessia, l'assenza delle lesioni scheletriche del Cooley permettono il differenziamento.

Si ricordi infine che la splenomegalia di Gaucher e quella di Niemann-Pick hanno un carattere razziale perchè colpiscono quasi esclusivamente la razza israelitica.

La diagnosi di m. di Cooley non riesce difficile quando sia noto il quadro clinico, il reperto radiologico dimostrativo e le ipotesi diagnostiche differenziali vengano accuratamente vagliate.

D'altra parte riteniamo che la malattia non rappresenti un'affezione così rara come appare dalla scarsa casistica esistente. Pensando al quadro clinico spesso molto affine a quello dell'anemia di von Jaksch, alle lesioni ossee non costanti nel periodo iniziale, alla eventualità non infrequente che la malattia conduca a morte prima che il quadro clinico sia completo, è lecito supporre che siano esistiti parecchi casi del genere non diagnosticati. Così noi abbiamo fatto ricoverare in questi giorni un altro soggetto di 5 anni in cui le prime indagini ematologiche e radiologiche ci inducono a porre questa diagnosi ed infine un caso simile, ancora non completamente studiato, ci è stato segnalato da un Collega della provincia.

L'agente eziologico di questa malattia è ancora ignoto e nessun fattore infettivo od ambientale sembra possa essere incriminato. Rimane il terreno costituzionale o meglio il carattere famigliare e di razza proprio della malattia, quantunque nel nostro caso il gentilizio, i collaterali e gli ascendenti appaiano del tutto indenni.

Il Cooley interpreta il quadro come un'anemia emolitica dovuta molto probabilmente ad un difetto congenito del sistema emopoietico, mentre la estrema iperplasia midollare sarebbe responsabile delle lesioni ossee.

A tale ipotesi si accostano altri AA. i quali, per avere constatato che le alterazioni scheletriche non sono patognomoniche della forma di Cooley ma si possono incontrare anche nell'anemia emolitica costituzionale ed in quella a cellule falcate pure costituzionale e di razza, sostengono che l'anemia eritroblastica si allinea fra le anemie emolitiche.

D'altra parte la mancanza totale o quasi della fragilità globulare e sovratutto il nessun vantaggio arrecato dalla splenectomia, devono indurre a tener sospeso il giudizio.

Il Wipple che ha studiato in modo molto accurato tale questione anche dal punto di vista anatomo-patologico, scrive che il midollo ricorda sotto certi aspetti quello dell'anemia perniciosa; mentre esclude che le alterazioni ossee possano rappresentare una semplice reazione di adattamento all'iperplasia del midollo. Avendo dedicato una particolare attenzione alla distribuzione del pigmento, la cui quantità aumenta col progredire della malattia, fino a riprodurre quasi completamente il quadro della emocromatosi, egli è propenso ad ammettere che la malattia consista essenzialmente in una anormalità del metabolismo del pigmento ematico e del calcio, alla base della quale starebbe un terreno organico particolarmente predisposto da fattori famigliari e di razza.

Sebbene nel caso che forma oggetto della presente nota ed in quello che stiamo studiando manchi completamente l'elemento famigliare, al punto in cui si trova l'interessante questione, le vedute del Wipple basate sopra una rigorosa metodica ed una indagine approfondita ci sembrano le più prossime al vero. Ma poichè la nostra osservazione unica e puramente clinica non ci consente ora di trarre conclusioni personali, per la novità dell'argomento e per l'interesse della malattia in quanto affezione propria dei popoli mediterranei ci riserviamo di esporre in altro luogo e con maggiori particolari le ulteriori ricerche da noi intraprese su questi malati.

RIASSUNTO.

Gli AA. riportano un'osservazione di anemia grave infantile associata ad osteoporosi diffusa. La forma, ancora ignota presso di noi, è stata isolata di recente in America dal quadro complesso delle anemie infantili per opera del Cooley, ed osservata esclusivamente in figli di emigrati italiani, greci e siriaci.

BIBLIOGRAFIA.

(1) F. RAVENNA. *Anemia splenomegalica con fragilità globulare.* Il Tommasi, 1911.

(2) L. A. KOCH e B. SHAPIRO. *Anemia eritroblastica. Rivista dei casi riferiti, ecc.* Am. Jour. Dis. Child, 1932.

(3) G. H. WIPPLE e W. L. BRADFORD. *Anemia razziale o famigliare dei bambini associata con alterazioni fondamentali del metabolismo osseo e del pigmento.* Am. Journ. Dis. of Child, 1932.

(4) D. BALL. *Modificazioni delle dimensioni del cuore nel corso delle anemie gravi.* The Amer. Heart Journ., aprile 1931 (Pediatria, 1931).

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. P. L. BOSELLINI.

Il primo caso di Leishmaniosi cutanea autoctona nella provincia di Forlì

per il prof. dott. M. MONACELLI, aiuto.

Nel descrivere una prima volta in questo giornale, successivamente in altre pubblicazioni (1) le caratteristiche dell'endemia di Leishmaniosi cutanea delle coste abruzzesi io ponevo la questione se effettivamente la zona da me studiata dovesse essere considerata un focolaio, sia pure vasto, ma isolato, di bottone d'Oriente. Dicevo come in base ad indagini fatte sul posto nelle zone colpite e in quelle finitime, in base ad inchieste eseguite tra i colleghi dell'Abruzzo, del Molise e delle Marche, avrebbe potuto effettivamente sembrare che la dermatosi fosse limitata ad una zona ben circoscritta.

Tenendo però conto dell'eguaglianza delle caratteristiche climatiche e d'ambiente in genere tra le vallate teramane, rappresentanti la zona più specialmente colpita dall'endemia e le regioni vicine, io concludevo dicendo come fosse probabile che l'endemia abruzzese non costituisse che una zona di maggiore addensamento di un'affezione presente anche in altre zone del littorale adriatico dell'Italia Centro-Meridionale.

Se questo poteva sembrare intuitivo per le regioni situate a Sud del Teramano (io stesso potei infatti ben presto diagnosticare dei casi autoctoni per le provincie di Pescara, Chieti, Campobasso — il che faceva ammettere che l'endemia teramana attraverso questi ed altri focolai tuttora inesplorati si continuasse con quelli già descritti in Puglia ed in Lucania) più difficile ne sembrava la dimostrazione per le regioni situate a Nord.

Non doveva tardare però anche per queste la prova dell'esistenza della Leishmaniosi cutanea.

(1) M. MONACELLI. *Su di un focolaio di Leishmaniosi cutanea endemica in Abruzzo.* Policlinico, Sez. Prat., 1933.

ID. *La Leishmaniosi cutanea in Italia.* Congresso della Società per il Progresso delle Scienze, Bari, 1933.

ID. *Osservazioni e ricerche sul bottone d'oriente in Italia Centrale.* Riforma Medica, 1934.

ID. *Note su l'istopatologia della Leishmaniosi cutanea.* R. Accademia Medica di Roma, 1934.

Il caso che descrivo nella presente nota è il più settentrionale fra quelli da me per ora osservati ed è certamente autoctono per la provincia di Forlì.

Si tratta di una donna di 75 anni, S. Virginia, nata a Meldola (Forlì) ma domiciliata da oltre 60 anni a Mercato Saraceno (pure in provincia di Forlì) e precisamente a Ciola, frazione di questo Comune, ad un'altezza sul mare di 530 metri. La località dista, in linea d'aria, all'incirca Km. 40 dalla costa adriatica; è costituita da un gruppo di poche case non lontane da un torrente. Nella casa della paziente non vi sono cani; ne hanno però i vicini; non sembra che questi cani siano ammalati. Ogni casolare ha la sua stalla per i bovini. Vi sono nella stagione calda zanzare e flebotomi.

La paziente non si è mai mossa dal suo paese se si eccettuano due viaggi a Roma, compiuti l'uno 21, l'altro 10 anni or sono; si reca qualche volta al capoluogo del Comune, in questi ultimi anni piuttosto raramente data la tarda età.

Nel dicembre 1932, cioè un anno prima che io vedessi la paziente, questa si avvide di un bottoncino rosso che era comparso al pomello sinistro. A nessuna causa apprezzabile, puntura d'insetto od altro, era riferibile la comparsa della lesione. Questa, che provocava a intervalli un modico senso di bruciore, andò lentamente aumentando di volume sino a raggiungere in qualche mese all'incirca le dimensioni attuali. La donna nel marzo si fece per la prima volta esaminare dal medico locale che le prescrisse una pomata; non ottenendosi con questa alcun effetto, la paziente fu dallo stesso medico indirizzata a un collega di Cesena che nel periodo aprile-giugno praticò tre causticazioni (diatermocoagulazioni ?) della lesione. Questa sembrava cicatrizzata, ma negli ultimi tempi la paziente ha di nuovo avvertito fastidio locale e la lesione ha ripreso ad aumentare di volume.

La paz. (fig. 1) che assicura di non avere mai sofferto di malattie di sorta e di essersi sentita sempre bene, anche dopo la comparsa della lesione cutanea in questione, presenta nel pomello sinistro una zona di arrossamento, quasi regolarmente circolare della grandezza approssimativa di un pezzo da due lire. Mentre alla periferia l'arrossamento va sfumando verso le parti sane, il centro della zona eritematosa è occupato da un'infiltrazione nodulare, di forma ovalare, col maggior asse disposto trasversalmente, della dimensione approssimativa di un grosso fagiolo. L'infiltrato è di consistenza duroelastica; in confronto della zona eritematosa circostante come s'è detto intensamente arrossata, si presenta di colorito meno acceso e più tendente al giallo bruno. La superficie è nel suo complesso leggermente convessa, non presenta ulcerazioni, assume però in alcuni punti un aspetto cicatriziale e precisamente si osserva una cicatrice lineare che si diparte dal margine inferiore-interno della lesione, si spinge verso l'alto, in corrispondenza del centro dell'infiltrato assume maggiori dimensioni e prende l'aspetto di un infossamento rotondeggiante dal quale si dipartono verso la linea mediana e verso l'esterno due brevi prolungamenti pure dall'aspetto cicatriziale. Dal comportamento descritto della cicatrice la lesione viene ad essere irregolarmente divisa in tre parti. Nelle zone non cicatriziali si osserva qualche piccola squama aderente, biancastra, a sede follicolare.

Alla diascopia si osserva una completa scomparsa dell'eritema periferico; in questa zona permangono però visibili fini telangectasie; al centro all'esame diascopico si accentua la colorazione giallo-bruna già rilevata dell'infiltrato nodulare.

Proseguendo nell'esame della paziente si nota ad un'attenta indagine che tutta la gota sinistra, specie nel tratto compreso tra la lesione già descritta e il mascellare inferiore, è modicamente tumefatta in confronto della gota destra pur non presentando altre rilevabili alterazioni obiettive. Nella loggia sottomascellare sinistra si palpa una

FIG. 1.

linfoglandola della grandezza di un grosso pisello, dura e indolente.

Sospettata la natura leishmaniotica della lesione si eseguirono alcuni strisci con materiale prelevato con un cucchiaino tagliente dai margini del nodulo. All'esame microscopico degli strisci, colorati col metodo del Giemsa, non si riuscì però, malgrado lunghe e ripetute ricerche, a dimostrare la presenza di Leishmanie. Procedetti allora a una biopsia; l'esame istologico del frammento di tessuto asportato dette il seguente risultato:

In superficie la sezione presenta lamelle cornee aderenti o parzialmente distaccate; andando verso la profondità si incontra lo strato granuloso costituito in alcuni punti da più strati di cellule cariche di granuli di cheratoialina, in altri punti da un solo strato delle stesse. L'epidermide malpighiana è bene conservata, presenta scarsi segni di edema e qualche cellula in degenerazione idropica; qua e là rari elementi a tipo linfocitico migrati nella zona malpighiana. In numerose cellule dello strato basale è presente abbondante pigmento. Il confine tra derma ed epidermide decorre con una linea quasi retta senza presenza di papille e zaffi interpapillari; queste formazioni sono qua e là soltanto appena abbozzate. Conservati sono invece i follicoli che si presentano in uno stato di alterazione degenerativa con notevole ipercheratosi sia dello sbocco che delle parti più profonde; in sezioni trasversali i follicoli si presentano come ampie cavità rotonde ripiene di sostanza cornea disposta in strati concentrici e limitate alla periferia da pochi strati di cellule epiteliali con i caratteri delle comuni cellule malpighiane, e a nucleo appiattito trasversalmente. Nella parte più alta del derma si nota un infiltrato cellulare non eccessivamente compatto; il connettivo è in parte conservato. L'infiltrato è costituito da elementi cellulari di diverso tipo tra cui prevalgono però forme con grosso nucleo ovalare a cromatina diffusa uniformemente e protoplasma scarsamente tingibile, di forma irregolare, spesso con prolungamenti. La struttura del nucleo varia notevolmente sì che il nucleo stesso si presenta in alcune di queste cellule scarsamente colorato, in altre invece la colorazione più intensa e la sostanza nucleare mostra una struttura più compatta.

Altri elementi cellulari, pure in numero notevole, hanno nucleo più piccolo di quello delle forme precedenti, rotondeggiante, fortemente colorato in maniera omogenea, e scarso alone protoplasmatico. Caratteri analoghi, ma nucleo alquanto più grande, reniforme o di forma irregolare, protoplasma un po' più abbondante presentano altre forme cellulari che concorrono, in proporzione però minore degli elementi descritti più sopra, a formare l'infiltrato.

Non si osservano cellule polinucleate. L'infiltrato cellulare è disposto in un reticolo lasso a fibre sottili, debolmente colorate dall'eosina, fibre che sembrano in alcuni punti dipartirsi dalle cellule a nucleo grande e più fortemente colorato descritte nel primo gruppo. Qua e là capillari modicamente dilatati e con endoteli rigonfi attraversano l'infiltrato.

Discendendo verso il derma più profondo l'infiltrazione cellulare diventa sempre più compatta fino ad essere costituita da un denso agglomerato cellulare in cui spiccano anche a piccolo ingrandimento parti meno e parti più intensamente colorate; pure a piccolo ingrandimento è già possibile riconoscere nell'infiltrato numerose cellule giganti.

Le zone dell'infiltrato più intensamente colorate si presentano, ad un esame a maggiore ingrandimento, costituite in gran prevalenza da cellule linfocitoidi a cui si uniscono in scarso numero cellule epitelioidi. Queste invece prevalgono o addirittura costituiscono l'unico tipo cellulare nella zona chiara a cui si è accennato più sopra, zone che vengono ad essere circoscritte e racchiuse da una specie di reticolo a grosse maglie, maglie formate dall'infiltrato linfocitoide.

Si vengono così a costituire formazioni nodulari la cui parte periferica, costituita dal mantello delle cellule a nucleo fortemente colorato è comune a più noduli vicini, la parte centrale, chiara, epitelioide è propria per ogni nodulo. È in questa zona centrale dei singoli noduli che si osservano in numero di una o più le cellule giganti. Queste hanno i comuni caratteri del tipo Langhans; i nuclei sono voluminosi, scarsamente basofili, disposti alla periferia, il loro numero varia da 5-6 a 10-12 per ogni cellula, il protoplasma in alcuni elementi come vacuolare, è nettamente acidofilo.

Intorno alle numerose cisti cornee di origine follicolare l'infiltrato conserva anche in profondità i caratteri descritti in superficie, sì che l'infiltrato di tipo tubercoloide viene a trovarsi sempre diviso dall'epidermide e dai suoi annessi (rappresentati dai soli follicoli mancando ogni accenno a formazioni glandolari) dall'interposizione di una banda d'infiltrato con i caratteri di iperplasia specialmente istiocitaria come è detto più sopra. È precisamente in vicinanza di una cisti follicolare, in alcune cellule a nucleo piuttosto grande, di forma irregolare, uniformemente basofilo, a protoplasma

FIG. 2.

scarsamente colorato, di forma poligonale e dal quale sembrano partirsi prolungamenti, che si osserva la presenza di Leishmanie (v. fig. 2). I parassiti sono scarsi; le poche cellule parassitate non ne contengono in genere che 6 o 7. Pure essendo nettamente riconoscibile, a forte ingrandimento, il sistema nucleare dei singoli parassiti, questi per la insufficiente colorabilità almeno di alcuni esemplari, per lo scarso numero con cui sono contenuti nelle cellule (si è abituati in altri casi a vedere per gli istiociti assolutamente stipati di Leishmanie) danno l'impressione di essere in sofferenza. Mancano tipiche cellule di Wright. Con le colorazioni per il connettivo, per l'elastica e per le fibrille argentofile si osservano caratteristiche alterazioni, analoghe a quelle già da me descritte in numerosi altri casi di Leishmaniosi cutanea, alterazioni su le quali non è qui il caso di intrattenersi.

La dimostrazione nelle sezioni delle rare Leishmanie venne a confermare la diagnosi sospettata clinicamente di bottone d'oriente. Con grande probabilità se la malata fosse stata esaminata qualche mese più tardi non solo gli strisci avrebbero dato risultato negativo ma anche nelle sezioni sarebbe riuscita impossibile la dimostrazione del parassita.

In un mio lavoro su la istopatologia della Leishmaniosi cutanea io ho potuto confermare, in base a 19 casi potuti studiare istologicamente, quanto per la Leishmaniosi sperimentale scrissero Kyrle e Reenstierna e cioè la progressiva diminuzione dei parassiti sino alla completa scomparsa nelle lesioni che datino da qualche tempo.

E precisamente le Leishmanie, numerosissime nelle lesioni recenti in cui le modificazioni istopatologiche sono specialmente caratterizzate da una iperplasia delle cellule del sistema reticolo-istiocitario, divengono sempre più scarse man mano che il tessuto si organizza in una reazione di tipo tubercoloide. Soltanto in pochi casi, e quello descritto nella presente nota è tra questi, mi è stato possibile osservare una struttura tubercoloide dell'infiltrato con cellule giganti e contemporanea presenza di Leishmanie: queste ultime però sempre in scarso numero e in zone di tessuto non presentanti struttura tubercoloide.

Insisto su questo fatto per dimostrare come sia talvolta difficile la diagnosi della natura leishmaniotica di una lesione cutanea. E questo tanto più quando si tratti di casi osservati in regioni nelle quali è ancora da dimostrare l'esistenza locale della Leishmaniosi, casi nei quali, naturalmente, la diagnosi per avere valore probativo deve riposare su la dimostrazione indubbia del parassita.

Così era nel nostro caso, osservato in una provincia in cui sin qui non si era mai sospettata l'esistenza di Leishmaniosi cutanea autoctona e situata notevolmente più a Nord delle zone ritenute colpite da questa affezione (sino all'inizio delle mie ricerche sul *censo* la provincia più settentrionale in cui erano stati illustrati casi di Leishmaniosi cutanea era quella di Campobasso — un caso a Bonefro [Pansini] e un caso a Colli al Volturno [Auricchio]).

Va qui però ricordato un caso di Leishmaniosi cutanea osservato da Mantovani a Ravenna e pubblicato in « Pathologica » nel 1915 (1); l'osservazione di Mantovani riguarda un ortolano di 66 anni, mai allontanatosi da Ravenna e che attendendo scalzo al suo lavoro si ferì alla regione plantare destra. Nel volgere di alcuni mesi si formò *in situ* una vasta ulcera-

(1) M. MANTOVANI. *La Leishmaniosi cutanea a Ravenna.* Pathologica, VII, 1915.

zione che progressivamente estendendosi finì con l'occupare tutta la regione plantare e parte della dorsale; il fondo dell'ulcerazione era vegetante e papillomatoso. La descrizione della lesione e una fotografia della stessa annessa al lavoro, fanno dubitare che possa trattarsi di una Leishmaniosi del tipo del comune bottone d'Oriente; clinicamente la lesione fa piuttosto pensare ai così detti micetomi del piede; la dimostrata presenza di Leishmanie nel secreto dell'ulcera porta però ad ammettere che si abbia a che fare con una forma di Leishmaniosi da ravvicinare piuttosto a quelle di tipo sud-americano.

Questo sarebbe confermato anche dal decorso della lesione; malgrado intense cure fisiche, applicazione di caustici, ecc., fu necessario infine addivenire all'amputazione del piede.

Evidentemente il caso di Mantovani, anche per lo speciale modo di inizio della lesione, va considerato a sè e non può essere preso a prova dell'esistenza della Leishmaniosi autoctona in Romagna.

Il nostro caso non si discosta invece da quello che è il tipo clinico della Leishmaniosi cutanea dell'Italia Centrale e con la sua origine certamente autoctona sta a provare la presenza anche in provincia di Forlì del serbatoio di virus e dell'insetto trasmettitore.

Ricerche successive saranno svolte a studiare anche in questa zona l'effettiva diffusione della Leishmaniosi cutanea, malattia che ormai siamo autorizzati a considerare come endemica in gran parte del nostro Paese.

RIASSUNTO.

Descrizione clinica ed istopatologica di un caso di Leishmaniosi cutanea certamente autoctono per la provincia di Forlì. Il caso descritto è il più settentrionale tra quelli finora studiati dall'A. ed è una nuova prova dell'esistenza endemica del bottone d'Oriente in gran parte della Penisola.

NOTE DI TECNICA.

OSPEDALE INFANTILE BAMBINO GESÙ IN ROMA
SEZIONE CHIRURGICA.
Primario: Prof. A. L. BONANOME.

Su un artifizio di tecnica per l'estrazione degli aghi ritenuti in alcune parti del corpo.

Dott. EMANUELE SCAVO, assistente.

Che l'estrazione di corpi estranei ritenuti nelle parti molli costituisca un intervento a volte indaginoso, anche per chirurgi provetti, è cosa ormai da tutti risaputa. Io stesso ho visto valorosi colleghi costretti a rinunciare all'estrazione di frammenti di ago dopo ampie incisioni e lunghe ricerche e dopo avere escogitato molti espedienti, non escluso quello dell'elettrocalamita.

Ciò mi spinge a divulgare un piccolo artifizio di tecnica che io ho usato molte volte, con successo, durante il mio servizio al Pronto Soccorso del Policlinico Umberto I e di cui ho tratto lo spunto da una comunicazione del prof. Taddei (Congr. It. Chirurgia, 1930). Egli dice, riferendosi ad altra sua nota in argomento (*Med. Prat.*, n. 12, anno 1928): « nei casi nei quali la ricerca sia riuscita inutile, conviene introdurre nella ferita un piccolo corpo metallico di forma ben nota con una orientazione bene stabilita, a una profondità pure bene calcolata, zaffare la ferita, medicarla con garza sterile, fasciarla e ripetere la ricerca radiologica (radioscopica o meglio radiografica) possibilmente in due pose ortogonali e quindi sui nuovi dati ottenuti con riferimento al corpo metallico introdotto, completare l'operazione ».

Io seguo il consiglio del prof. Taddei, ma a tessuti integri; cioè, fisso i punti di repere prima di praticare l'incisione.

Ecco come mi regolo io, sin dal 1930:

Disposto il soggetto sull'iposcopio in maniera che il raggio normale cada sul corpo estraneo (onde evitare ingrandimenti e deformazioni di esso) e raggiunta la visione più chiara possibile, infiggo un lungo ago, in direzione normale al maggior asse dell'ago ritenuto, procurando con adatte manovre di farlo passare a ridosso di esso e presso a poco nel suo punto di mezzo. Sempre sotto controllo radioscopico, introduco poi un altro ago che incroci quello precedentemente infisso in un piano immediatamente sottostante a quello su cui riposa l'ago ritenuto e in maniera che questo resti compre-

so nell'angolo che guarda gli strati superficiali.

Trasportato il malato sul tavolo operatorio, quindi nelle migliori condizioni per una asepsi rigorosa, pratico un'incisione lungo la retta che unisce gli aghi da me infissi. L'ampiezza dell'incisione, viene regolata dalla nozione della profondità da raggiungere che risulta, con buona approssimazione, della lunghezza delle infissioni. È ovvio che non occorrono prolungate ricerche per ritrovare l'ago nell'angolo delimitato dai due infissi.

Con tale espediente l'estrazione di corpi estranei diventa un intervento semplice, che si compie rapidamente in anestesia locale, col quale si evitano maltrattamenti dei tessuti e si ottiene facilmente una guarigione per prima.

La sola ricerca radioscopica può essere sufficiente per corpi molto opachi (aghi, proiettili). Alcune volte però in un primo esame radioscopico non è possibile individuare il corpo estraneo, in tali casi, basta eseguire una radiografia e notare il rapporto con punti di repere fissi (apofisi, creste ossee) perchè in una seconda visione radioscopica si riesca ad identificarlo. Per evitare un opacamento delle immagini è bene disinfettare la cute con solo alcool proscrivendo l'uso della tintura di iodio. In ogni modo sarà sempre utile fissare in un radiogramma l'immagine dello schermo.

Quello che è sopratutto importante da raccomandare è che la radiografia venga eseguita nella stessa posizione e proiezione della radioscopia; vale a dire che, per esempio, se il malato è in posizione prona e il corpo estraneo nella massa dei muscoli sottospinosi per eseguire la radiografia non si deve spostare nè il malato nè il tubo, ma sostituire senz'altro allo schermo la pellicola.

Può avvenire che per la posizione tutta particolare del c. e., o per incidenze oblique dei raggi che si rendano indispensabili per eliminare sovrapposizioni ossee, l'immagine radioscopica non coincida con la posizione reale del c. e. e si abbia perciò l'illusione di rasentarlo pur essendone effettivamente lontani. In questi casi sarà bene, praticata l'infissione di un primo ago nel punto corrispondente all'immagine radioscopica, fissare con radiogrammi in pose ortogonali, eseguiti con raggi normali al c. e., i rapporti che si sono stabiliti tra questo e l'ago infisso e regolarsi su essi per correggere, almeno approssimativamente, l'errore di proiezione infiggendo un altro ago e controllando ancora radiograficamente. Tre tentativi sono in genere sufficienti per centrare il corpo. Una volta piazzato il primo ago l'infissione del secondo non presenta particolari difficoltà.

Questa tecnica ha sull'estrazione sotto controllo radioscopico, il vantaggio di permettere al chirurgo di operare in condizioni di luce e di asepsi che sono di realizzazione più teorica che pratica in un gabinetto radiologico e di adattarsi anche a regioni ricche di adipe e di muscoli (coscie, natica).

Certamente l'acume e l'iniziativa dei vari chirurgi avranno ideato altri artifici e ciò specialmente nei tempi in cui non esisteva il sussidio radiologico e durante il periodo bellico. Io ricorderò quello, molto pratico, escogitato da Scollo (*Pol.*, Sez. Prat., 1932, n. 31). Egli per gli aghi inclusi nella natica pratica « attorno al foro di penetrazione dell'ago, sin dal principio, in anestesia locale, una incisione a losanga e asporta di colpo un cuneo di pelle e di grasso sino all'aponeurosi sottostante in maniera che l'ago resti compreso nel pezzo di tessuto asportato ». È questo senza dubbio un metodo di una semplicità insuperabile, ma è sempre un metodo di fortuna.

Molte volte il piccolo atto operativo si compirà con « soddisfazione del medico e del cliente », ma non sarà così in quei casi in cui l'ago si sarà approfondito nello spessore dei m. m. glutei ed il paziente (o peggio la paziente) si sarà visto sottoporre inutilmente all'asportazione, sia pur limitata, di un lembo di cute. È indubbio che molto spesso gli aghi si arrestano sul piano aponeurotico, ma è pur vero che a volte penetrano nella massa dei m. m. glutei. Io stesso ebbi occasione, in questo ospedale, di estrarne uno quasi a ridosso della squama dell'ileo. In casi simili, non potendo escidere anche una porzione dei glutei si incorre nel grave inconveniente di dover cominciare le ricerche dopo avere aperto una vasta breccia cutanea.

L'escissione a losanga, infatti, per quanto limitata, dovrà sempre essere notevole se deve comprendere un ago sul cui orientamento il chirurgo non ha nessun ragguaglio.

Ritengo pertanto che il metodo di Scollo, che ha i notevoli vantaggi della semplicità, possa riuscire molto utile solo nei casi in cui l'infissione sia assolutamente recente e non siano state fatte manovre di palpazione che abbiano potuto mutare la direzione dell'ago, o quando ci si trovi in un centro molto distante da un gabinetto radiologico; ma ove sia possibile avere a disposizione un modesto apparecchio, penso che valga la pena di tentare una localizzazione esatta col metodo sopra esposto, che, pur essendo scevro da pericoli, offre la sicurezza quasi assoluta di raggiungere lo scopo con sollecitudine e senza gravi difficoltà.

Roma, novembre 1933-XII.

RIASSUNTO.

L'A. espone un accorgimento di tecnica per l'estrazione di corpi estranei da alcune parti del corpo (mano, coscia, natica). Tale artifizio consiste essenzialmente nella delimitazione, eseguita a mezzo dell'infissione di due lunghi aghi nella profondità dei tessutit e sotto il controllo radiologico, di un'area triangolare, a base esterna, entro cui viene a trovarsi il corpo estraneo.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La poliomielite anteriore acuta: venticinque anni di studio.

(G. A. ALFANO. *La Semana medica*, 5 aprile 1934).

L'A., che è professore onorario di pediatria a Buenos Aires, fa anzitutto la storia della malattia, così come essa apparve in Argentina nel 1909, sotto forma di piccola epidemia: ricorda con compiacimento il contributo proprio e della propria Scuola al riconoscimento di essa e alla sua identificazione con la cosidetta paralisi infantile sporadica, e rievoca con mano felice le varie fasi attraverso cui si è giunti alle attuali conoscenze sulla malattia.

Molto di quanto era stato intuito dai clinici è stato poi dimostrato dagli esperimenti, in gran parte per merito di Flexner. Due fatti si sono potuti stabilire i quali hanno grande importanza riguardo al modo di infezione: 1) la malattia si manifesta come una forma particolare di infezione della via respiratoria superiore; 2) anche nella medesima epidemia, i vari casi presentano una gran varietà in quanto a gravità dei sintomi e delle lesioni. Oggi si tende ad ammettere che il numero di bambini che soffre della forma attenuata della infezione sia di gran lunga maggiore di quello dei bambini attaccati dalla forma nettamente paralitica. Questo ultimo dato può essere considerato come favorevole, in quanto tende a restringere la propagazione delle forme più gravi, conferendo nello stesso tempo una sufficiente immunità: infatti anche il siero di convalescenti di questa forma lieve protegge la scimmia contro la inoculazione virulenta.

Dal punto di vista immunitario le ricerche sperimentali hanno dimostrato la possibilità di immunizzare la scimmia mediante l'iniezione di siero di altre scimmie o di uomini guariti, anche dopo la inoculazione virulenta, purchè l'iniezione immunizzante sia fatta prima dell'apparizione dei sintomi.

Inoltre si è visto che il siero di convalescenti può esercitare la sua azione protettrice non solo se iniettato nello spazio subaracnoideo, ma anche se immesso nel torrente circolatorio. Fu in base a tali esperimenti che Netter per primo nel 1911 tentò il trattamento sieroterapico della poliomielite, il quale non è riuscito però ancora ad affermarsi come meriterebbe, per quanto non implichi alcun serio pericolo e sia l'unico che abbia dato, almeno finora, dei risultati indiscutibili.

Anche il siero di adulto normale pare abbia dato dei buoni risultati, e molti AA. lo hanno usato in mancanza di siero di convalescenti: l'azione neutralizzante di tale siero di adulti normali sarebbe dovuta al fatto che l'adulto è sottoposto costantemente, secondo Aycock, ad un processo di « immunizzazione subclinica » che passa inavvertito, analogamente a quanto avviene per la difterite e per la scarlattina. Le osservazioni fatte durante le epidemie di questi ultimi anni sono state, in genere, favorevoli alla sieroterapia: si è potuto infatti constatare che il siero di convalescenti, specialmente se hanno da poco superato la malattia, è di reale efficacia nelle forme gravi. In mancanza di esso, si può usare quello di persone sane che convivono con gli infermi o quello di adulti che abbiano vissuto in luoghi dove vi siano state epidemie di poliomielite.

Raspi consiglia il siero della madre. Nell'ultima epidemia in Danimarca il siero di convalescenti ha impedito lo sviluppo della paralisi quando fu applicato precocemente: il numero dei casi curati in tempo aumenta sempre più perchè i medici pratici, in tempo di epidemia, hanno imparato a riconoscere la malattia allo stadio preparalitico.

Un altro punto importante del problema è quello della cura quando sia superato il periodo acuto della malattia: infatti se questa è raramente causa di morte lascia però nella maggioranza dei casi una invalidità più o meno grande per le paralisi ed atrofie muscolari che essa determina. È questo un *aspetto sociale* della poliomielite che non deve essere trascurato, ma che interessa più il chirurgo il quale deve preoccuparsi della correzione e della prevenzione dei disturbi funzionali e delle posizioni viziose conseguenti alle paralisi.

Per quanto riguarda la fisioterapia delle paralisi, l'A. ricorda come la elettroterapia e il massaggio che si praticavano nei primi anni di apparizione della poliomielite siano ora stati sostituiti da metodi più moderni come quello di Bordier, il quale combina la radioterapia midollare con la diatermia. In questi ultimi anni è stato preconizzato un nuovo metodo di cura mediante bagni caldi di acqua di mare, semplice o irradiata, che pare abbia dato buoni risultati. È probabile che da tutti codesti metodi si possano ottenere risultati favorevoli nei vari casi: in nessuna malattia come in questa vale il principio dell'eccletticismo tera-

peutico. Ciascun caso deve essere oggetto di studio speciale, e se si usano con intelligenza e successivamente i vari metodi si possono ottenere risultati favorevoli anche nel periodo detto impropriamente « delle paralisi definitive ».

Una grande importanza ha anche il problema del *trattamento preventivo*. Riconosciuta la scarsa o addirittura nulla efficacia dei mezzi usati per l'antisepsi delle vie aeree superiori, gli studi sperimentali ed epidemiologici si sono volti a tentare la sieroprofilassi della malattia. A ciò è dedicato l'ultimo lavoro di Flexner.

Nella epidemia di New York del 1930, data la limitazione del quantitativo di siero di convalescente disponibile, Flexner consigliò l'uso di sangue di adulto normale, possibilmente dei genitori del soggetto.

Il metodo consisteva nella iniezione intramuscolare di 30 cc. di sangue non coagulato: varie migliaia di bambini furono così trattati e si vide in questi una proporzione minore di casi di poliomielite che in quelli non trattati. Si comprende la difficoltà che si incontra nel giudicare di questi risultati: ad ogni modo, trattandosi di un metodo facile ed innocuo esso dovrebbe essere tentato, quando si manifestasse qualche forte epidemia. Certo si è che, data la diffusione e la gravità della malattia, vale bene la pena di insistere sull'argomento e portare su di esso al più presto la maggiore luce possibile. G. LA CAVA.

Riflessioni sullo stato attuale della profilassi della malattia di Heine-Médin.

(G. MAURIQUAND, J. DECHAINNE e P. SÉDALLIAN. *Journ. de Méd. de Lyon*. 20 febbraio 1934).

Lo studio epidemiologico della poliomielite dimostra l'esistenza di un contagio interumano diretto mediante il tramite delle goccioline di Flügge, indiretto mediante il tramite di oggetti o di latte contaminato. Ma esistono anche delle forti presunzioni in favore di un'etiologia idrica.

Lo studio clinico dimostra che queste due dottrine possono sostenersi. Lo studio sperimentale mette in evidenza la virulenza delle particelle salivari. Esso porta altresì degli argomenti in favore dell'origine digestiva del morbo di Heine-Médin.

Gli AA. in due casi umani hanno dimostrato l'esistenza di lesioni intestinali in corrispondenza del plesso di Meissner, mentre nelle scimmie inoculate per via peritoneale le lesioni risiedevano nel plesso ipogastrico.

L'epidemiologia dimostra che la poliomielite lascia una immunità, che comincia verso il dodicesimo giorno di malattia e dura tutta la vita. Questa immunità è acquisita anche dai normali che hanno soggiornato in ambiente infetto. È stato pertanto utilizzato il siero dei convalescenti a titolo terapeutico ed eventualmente a titolo preventivo. Il primo uso non è stato contestato, mentre discutibile è il secondo. Non si sa in effetti mai quando si verifica la contaminazione. Ora, il siero protegge solo per tre settimane. Inoltre la raccolta del siero di convalescenti è difficile ed il funzionamento dei centri di approvvigionamento del siero è molto delicato per tutti i problemi tecnici che ad esso si riferiscono.

Gli AA. riportano infine le conclusioni del Congresso Internazionale di Igiene dell'infanzia, tenutosi nel settembre scorso a Lussemburgo circa la profilassi della poliomielite:

1) La base della lotta contro la poliomielite è l'introduzione della denuncia obbligatoria della malattia, compresi i casi sporadici negli Stati dove essa ancora non esiste.

2) In ragione dei numerosi problemi che la profilassi della poliomielite solleva ancora attualmente e che rendono la lotta contro questa malattia particolarmente difficile, si raccomanda che l'organizzazione di questa lotta sia affidata, in caso di epidemia, ad un servizio medico particolarmente creato a questo scopo, diretto da un medico competente, che elaborerà le misure da prendere e ne dirigerà l'applicazione. Egli centralizzerà le esperienze fatte nel corso dell'epidemia ai fini della loro utilizzazione scientifica ulteriore.

Egli potrà farsi coadiuvare da medici competenti che si metteranno a disposizione del corpo medico per aiutarlo nella identificazione e nel trattamento come pure nell'organizzazione eventuale della sieroprofilassi.

3) La prima misura da prendere è l'identificazione precoce e l'isolamento in tutti i casi anche delle forme abortive nelle migliori condizioni possibili. Si sorveglierà la disinfezione delle abitazioni, degli oggetti personali e degli escrementi.

4) Si prenderanno tutte le misure necessarie per evitare la propagazione della malattia con l'acqua, il latte e gli alimenti, sorvegliando fra l'altro con speciale attenzione il commercio delle derrate alimentari.

5) Di fronte al fatto che, nelle epidemie, l'infezione sembra estendersi alla maggior parte della popolazione, senza che si abbiano mezzi sufficientemente efficaci per arrestare il suo diffondersi, si raccomanda, per prevenire la malattia, di studiare la sieroprofilassi specifica sotto una delle forme che lo stato attuale della scienza mette a nostra disposizione. È desiderabile che degli stocks importanti di siero di convalescenti ed eventualmente di altri sieri specifici siano costituiti sin da ora in certi centri convenientemente attrezzati per questo compito.

6) I portatori di germi sono, secondo la maggior parte degli AA., molto numerosi nelle regioni contaminate e possono, allo stato

attuale della nostra scienza, essere considerati come una importante sorgente di infezione. Alcune misure si impongono per ostacolare l'estensione dell'epidemia nella misura possibile. Si proibiranno specialmente gli assembramenti di ogni sorta che potrebbero portare il contatto di persone provenienti da altre regioni con gli abitanti della regione contaminata (fiere e riunioni simili). Si proibirà di stabilire nel distretto invaso dall'epidemia dei campi e delle colonie di vacanza per i bambini. Bisognerà regolare nello stesso senso le popolazioni nomadi.

7) Infine, per ciò che riguarda la chiusura di teatri, cinema, scuole, ambulatori ecc. non è possibile stabilire delle direttive uniformi; converrà regolarsi secondo le condizioni speciali proprie ad ogni epidemia, ispirandosi alle condizioni generali enumerate nei paragrafi precedenti. C. TOSCANO.

Sindrome infundibulo-tuberina pseudo-ipofisaria.

I. LHERMITTE e PH. PAGNIEZ. *Presse Méd.*, 21 aprile 1934).

Dati i rapporti anatomici e fisiologici che legano la ghiandola pituitaria al sistema vegetativo ipotalamico, la discriminazione fra i disturbi prodotti dalle lesioni ipofisarie e quelli dovuti ai processi morbosi infundibulo-ipofisari costituisce un problema attualmente all'ordine del giorno.

Gli AA. riportano il caso di una donna di 42 anni, che fu affetta nell'infanzia da poliomielite e da una encefalite di natura indeterminata, forse legata allo stesso virus poliomielitico, e che a 40 anni fu colpita da paralisi facciale con emiplegia crociata (sindrome di Miller-Gubler dissociata e regressiva) seguìta dopo due anni da una sindrome diabetica (poliuria, polidipsia, glicosuria e iperglicemia), un aumento della obesità di cui era affetta dall'infanzia, disturbi delle regole, crisi epilettiche fruste, restringimento del campo visivo particolarmente nella zona temporale, torpore cerebrale, ipersonnia.

Si pensò ad una sindrome ipofisaria tanto più che la radiografia sembrava mettere in evidenza un allargamento della sella.

Una apoplessia quasi fulminante permise poco dopo l'esame anatomico che mise in evidenza la perfetta integrità dell'ipofisi e della sella, mentre i centri ipotalamici apparivano molto grossolanamente alterati da un processo infettivo.

All'esame istologico la regione infundibulo-peduncolare appariva sede di un processo reattivo di tipo infiammatorio. Le lesioni, profondamente marcate nella sostanza grigia, facevano quasi completamente difetto nella sostanza bianca. Le lesioni più importanti e più caratteristiche interessavano i nuclei infundibulo-tuberini e sottotalamici. Dominavano le lesioni del nucleo paraventricolare, mentre i nuclei propri del tuber, i nuclei sopra-ottici e sopra-chiasmatici presentavano alterazioni meno considerevoli. Profondamente alterato era anche il locus niger.

In contrasto con le alterazioni della sostanza grigia, dell'infundibulum e del locus niger, e dei nuclei che abbondano in questa regione, erano conservati gli altri centri cellulari, eccetto il nucleo del terzo paio.

Si tratta evidentemente di una encefalite che per la sua topografia si avvicina strettamente alla encefalite epidemica se non si identifica con essa. L'alterazione oculo-motrice era relativamente discreta, ma il fatto non è raro nell'encefalite epidemica.

Il confronto dei risultati istopatologici con i dati clinici è molto ricco di insegnamenti. Esso mette in evidenza da una parte una sindrome fatta di elementi ancora ieri misteriosi nel loro determinismo: sonno forzato, poliuria, polidipsia, iperglicemia, glicosuria, obesità, dismemorrea; dall'altra parte delle lesioni a tipo infettivo e degenerativo con sede prevalente nella regione ipotalamica ed estendentisi nella calotta mesocefalica. Le manifestazioni osservate nella malata possono tutte, senza eccezione, trovare la loro origine non in alterazioni dell'ipofisi, ma in una lesione cerebrale a sede nella regione ventrale del ventricolo medio. Cosicchè numerose sindromi fino a ieri ricoperte con l'etichetta ipofisaria, devono cambiare denominazione ed essere chiamate più giustamente: sindromi ipotalamiche o infundibulo-tuberine.

Gli AA. mettono ancora in evidenza che nel loro soggetto il nucleo paraventricolare appariva grossolanamente alterato, fatto che appoggia la tesi secondo la quale il nucleo paraventricolare sarebbe uno dei punti più sensibili del dispositivo regolatore del metabolismo dei glucidi. C. TOSCANO.

La liquidografia nell'uomo. Tentativi di encefalografia con il thorotrast per iniezione sottoccipitale.

(A. RADOVICI e O. MELLER *Presse Méd.*, 27 gennaio 1934).

La ventriculografia, l'encefalografia gassosa e l'encefalografia arteriosa sono i tre metodi a disposizione del radiologo per arricchire i dati quasi sempre negativi della semplice radiografia cranica. Ma queste tecniche non possono essere considerate come metodi perfetti di encefalografia.

Gli AA. da più di un anno hanno iniziato delle ricerche sperimentali per opacizzare ai raggi X il liquido cefalo-rachidiano, convinti che l'avvenire della encefalografia debba trovarsi in questa direzione, dato che l'immensa cavità anfrattuosa ventricolo-aracnoidea, di-

venuta visibile allo schermo, mette in evidenza la forma inalterata del nevrasse e delle sue cavità.

Hanno scelto come sostanza di contrasto il thorium colloidale, di cui hanno saggiato la tolleranza in esperimenti preliminari sugli animali. L'iniezione sottoccipitale di 5-12 cc. di thorium colloidale, messo in commercio sotto il nome di thorotrast, era in genere ben tollerato dagli animali di esperimento (coniglio, cane, gatto, scimmia) ed i risultati radiografici sono stati molto incoraggianti.

È l'influenza tardiva del thorotrast che costituisce ancora l'inconveniente della liquidografia. Introdotta negli spazi sub-aracnoidei, questa sostanza rimane *in situ* per lungo tempo, parecchi mesi e, come avviene per il fegato, non conosciamo abbastanza la sua sorte definitiva. Il lungo soggiorno della sostanza alla superficie del nevrasse provoca una reazione meningea asettica con mobilizzazione degli elementi istiocitari destinati ad immagazzinare i corpi estranei. Nulla però denota un'alterazione dei centri nervosi.

Senza dubbio le condizioni fisiologiche intra-craniche nell'uomo non sono sovrapponibili a quelle degli animali sperimentati. Vi è in primo luogo una grande differenza nella quantità del liquido cefalo-rachidiano. Data l'estrema diluizione della sostanza di contrasto nella massa del liquor dell'uomo, era prevedibile che 10 cc. di thorotrast non avrebbero potuto dare delle immagini dimostrative come negli animali. Vi è inoltre l'inconveniente della flocculazione. Gli esperimenti sul miscuglio in vitro del thorotrast con il liquido cefalo-rachidiano fatti dagli AA. hanno dimostrato che una diluizione superiore a 1/8 dà costantemente una flocculazione del colloide. Ora, mentre negli animali da esperimento questa diluizione non è stata mai raggiunta, essa è di molto oltrepassata nei tentativi di encefalografia fatti dagli AA., visto che la dose media di 10 cc. non ha potuto essere aumentata senza rischi.

Queste considerazioni spiegano la differenza dei risultati ottenuti finora nell'uomo rispetto a quelli raggiunti negli animali ed indicano nello stesso tempo le vie da seguire per i futuri perfezionamenti. Nell'animale il miscuglio si mantiene a lungo omogeneo, mentre nell'uomo la sostanza opaca, in grande diluizione a causa dell'enorme massa di liquor, arriva solo difficilmente a mescolarsi e rischia dopo un certo tempo di precipitare.

Come tecnica gli AA. hanno utilizzato la puntura sub-occipitale, con estrazione di 10 cc. di liquor e iniezione di 10 cc. di thorotrast, alla temperatura del corpo.

Per ottenere una dispersione più omogenea della sostanza alla superficie del cervello, dopo aver lasciato scolare 10 cc. di liquor, gli AA. hanno estratto ancora 10 cc. con la siringa contenente la sostanza di contrasto e, dopo ottenuto la mescolanza, li hanno riiniettati lentamente insieme con il thorotrast. Immediatamente dopo l'iniezione il malato è tenuto per un quarto d'ora su di un piano fortemente declive, con la testa in giù e sopratutto sul lato di cui si cerca di rendere visibile la superficie.

Tutti i malati hanno presentato nei primi giorni dopo l'iniezione una reazione meningea, con cefalea, vomiti e febbre. Dopo la radiografia gli AA. praticano una puntura lombare per estrarre più che si può della sostanza di contrasto, divenuta inutile. Dopo alcuni giorni i malati si rimettono e anche la cefalea cede lentamente. L'evacuazione del liquor deve essere ripetuta appena appaiono i primi segni di ipertensione endocranica acuta.

Le immagini ottenute nell'uomo, senza dare l'impressione della visione diretta del rilievo cerebrale, come si è ottenuto sperimentalmente negli animali, arrivano tuttavia a realizzare una topografia cranio-cerebrale delle grandi scissure, dei lobi cerebrali, della loggia cerebellare e dei ventricoli. Nella faccia esterna le scissure di Silvio e di Rolando nell'incidenza laterale appaiono nere a tratti e talora su tutta la loro estensione. Fra queste scissure le circonvoluzioni non sono facilmente e uniformemente visibili in tutti i loro lobi. Nell'incidenza frontale la scissura interemisferica delimita ammirevolmente i due poli superiori degli emisferi e le incisure dei due tratti neri verticali indicano le circonvoluzioni della faccia interna del cervello. I contorni del corpo calloso sono anche resi visibili su una lastra presa di profilo. Ugualmente la forma e la posizione dei tubercoli quadrigemini ha potuto essere identificata.

Alla base del cervello la loggia cerebellare è sempre evidente ed il suo contenuto è messo in evidenza da più di un dettaglio caratteristico.

I ventricoli cerebrali appaiono talora totalmente opacati, talora solo disegnati da un fine tratto nero.

In conclusione, il metodo liquidografico può rendere reali servigi per la diagnosi, non soltanto dei tumori, ma anche di altre lesioni dei centri nervosi. C. TOSCANO.

MISCELLANEA.

Fegato e stanchezza.

(H. WALTER. *Journal des Praticiens*, 21 aprile 1934).

La stanchezza è un segno importante d'insufficienza epatica.

Glénard descrisse per il primo gli accessi di stanchezza epatica: si tratta di parossismi di stanchezza che sopravvengono improvvisamente sopra tutto al levarsi dal letto e dopo i principali pasti, in riposo o durante le ordinarie occupazioni, e che scompaiono subito con il

moto all'aria aperta. Egli ha attribuito questi fatti al versamento nel sangue di prodotti tossici e sopra tutto biliari, che costituiscono veri veleni muscolari. Parturier descrisse con la stanchezza, che segue al pasto del mezzogiorno, un vero annientamento fisico, uno stato di torpore e d'incapacità intellettuale.

Ma a tutti questi fatti va aggiunto il fondo di stanchezza continua, la minorazione fisica generale del soggetto, incapace di fornire, a parità di condizioni, lo stesso lavoro di un individuo con fegato sano.

Quale che sia la forma clinica della malattia epatica, grave come la cirrosi, media come gli stati precirrotici o di convalescenza di itteri, o che si tratti del piccolo epatismo latente, ereditario o acquisito, la stanchezza rappresenta un sintoma costante dell'insufficienza epatica.

Secondo Parturier, Fauqué e Monceau questa stanchezza sarebbe l'espressione dell'incapacità da parte del fegato di corrispondere alla richiesta energetica dell'organismo: la contrazione musculare consuma zucchero e fa intervenire la funzione glicogenica del fegato per ristabilire l'equilibrio glicemico.

Gli stessi AA. hanno trovato che negli individui normali la glicemia nello stato di stanchezza passa da 1,05 a 1,45. Non è solo la funzione glicogenica che si modifica durante il lavoro: l'urea aumenta da 0,20 a 0,35 in rapporto all'intensificazione degli scambi proteici.

Nel piccolo epatismo questi spostamenti non si alterano, ma nelle grandi insufficienze le cifre si abbassano e spesso notevolmente: la glicemia, per es., passa da 1,65 a 1,20 e l'urea sanguigna da 0,25 a 0,20.

Come l'insufficienza epatica è generatrice di stanchezza, reciprocamente la stanchezza, l'eccesso di fatica provoca insufficienza epatica.

Ogni lavoro muscolare, ogni spreco di energia deriva dalla combustione di zuccheri i quali provengono dalle trasformazioni degli apporti esogeni o delle riserve endogene. Questo meccanismo di distruzione del glucosio con produzione di calore e di energia se alla fine conduce alla formazione di acqua e di acido carbonico, non è semplice: si ha produzione di elementi intermediarî complessi: acidi lattico, acetico, formico, ossalico, glicuronico, tutti più o meno tossici e che, quando il metabolismo è perfetto, sono tutti bruciati nei loro passaggi successivi attraverso il fegato.

D'altra parte il glucosio non si forma solo a spese degli idrati di carbonio, ma anche delle proteine e dei grassi il cui metabolismo determina ancora produzione di tossine.

La cellula epatica incaricata di trasformare ed eliminare tutti questi veleni è poco disturbata in condizioni normali, soffre invece in caso di insufficienza. Soffre doppiamente a seguito dell'aumento di lavoro relativo e assoluto: assoluto perchè il metabolismo alterato provoca veleni in maggior copia, relativo perchè a causa dell'insufficienza gli elementi funzionanti sono meno numerosi.

D'altra parte il fegato facendo ritornare in circolo i prodotti tossici si trova incluso in qualche modo in un circolo vizioso, perchè il suo funzionamento difettoso crea maggior quantità di tossine che a loro volta lo ledono più profondamente. In queste condizioni ogni intensificazione del lavoro epatico accentuerà i risultati di questa disfunzione e accelererà la distruzione cellulare.

Le conseguenze di questo stato di cose varierà a secondo le condizioni della cellula epatica. Se questa è lesa poco o in modo latente, se conserva il suo potere di rigenerazione, la sua restaurazione sarà soltanto ritardata ed i segni d'insufficienza compariranno solo in occasione della stanchezza. Se la lesione è più marcata, il ritardo della guarigione potrà essere considerevole. Se infine si tratta di uno stato grave l'intossicazione prodotta dal lavoro anche minimo supererà le facoltà di riparazione ed affretterà la fine.

Nel primo caso si avranno fenomeni di stanchezza periodici in occasione di ogni deviazione dalle abituali condizioni di riposo del soggetto. Al riguardo è interessante il caso di quegli individui che dopo essersi sottoposti la domenica ad esercizi fisici anche non eccessivi, l'indomani non sono in grado di levarsi dal letto.

Per quel che avviene nell'insufficienza epatica media basta ricordare quel che capita durante la convalescenza degli itteri. Se i malati riprendono troppo presto le loro occupazioni si trascinano in istato di malessere e di stanchezza per settimane e settimane, e spesso recidivano.

Per gli epatici gravi la situazione è più drammatica. Il malato è in uno stato di equilibrio instabile con un fegato minorato sia per il suo rendimento attuale sia per la difficoltà di riparazione. Ogni deviazione dalla vita di riposo è perciò spesso fatale.

Qualunque sia il grado dell'insufficienza epatica l'azione nociva della stanchezza è messa in evidenza dalla esplorazione funzionale prima e dopo la stanchezza: è facile svelare una galactosuria ed una colemia più accentuata, corrispondente quest'ultima alle urine più colorate e talvolta anche al subittero.

Le deduzioni terapeutiche di queste considerazioni sono facili.

Gli stimolatori della funzione epatica devono essere adoperati con prudenza e solo nella piccola insufficienza. Quando la cellula epatica è gravemente lesa, non è prudente stimolarla: conviene solo aiutarla risparmiandole lavoro. Occorrerà quindi attivare gli emuntori: tutto ciò che si elimina con i reni graverà meno sul fegato. Si disinfetterà l'intestino per ridurre la formazione di veleni, si adotterà una dieta poco tossica e ridotta al minimo per ridurre al minimo il lavoro della cellula epatica.

Ma il più importante di tutto è il riposo. Il cirrotico deve stare sempre a letto, l'itterico non dovrà levarsi se non quando la colemia è

ritornata normale e le prove funzionali si sono dimostrate favorevoli, gli individui con piccolo epatismo devono interrompere le loro occupazini e riposarsi al minimo segno di stanchezza.

Ogni terapia epatica che non pone alla sua base il riposo, è destinata all'insuccesso.

DR.

Necessità di rivedere il concetto di infezione focale.

(MYER SOLIS-COHEN. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 7 aprile 1934).

Secondo l'A., l'affezione sembra concentrata sul tessuto infettato piuttosto che sui batteri infettanti.

Certamente la tonsillectomia non è sempre totale e spesso basta quella piccola porzione rimasta perchè il focus persista ancora. E quando è veramente totale può essere seguìta da rigenerazione di tessuto tonsillare, che può a sua volta ridiventare un focus. Una tonsilla anche normale può contenere dei germi infettanti; così avveniva in 73 casi dell'A. (97 % dei casi da lui studiati).

Lo stesso ragionamento, per quanto riguarda l'abolizione del focus si può ripetere per le vegetazioni adenoidi, per le sinusiti, e per le infezioni dentarie, quindi l'espressione « eliminazione del focus infettivo » non può applicarsi alla semplice associazione del tessuto infetto.

Qualche volta succede che l'estirpazione del tessuto infetto, anche se non completa, permette al malato di riacquistare la sua perduta o ridotta resistenza alle infezioni e così di guarire completamente. Ma questo non succede sempre e quando succede fa credere al chirurgo di aver veramente estirpato tutto il focus d'infezione.

Nei casi in cui il successo non è così netto è bene che intervenga il medico a migliorare le condizioni del malato: si può fare con un vaccino che deve essere ottenuto dal germe infettante. Una difficoltà è quella di trovare il germe infettante.

L'A. su 384 culture in brodo cervello di Rosenow ottenne un germe capace di infettare l'ospite solo 215 volte (56 %). Un metodo per differenziare il germe infettante è quello basato sul concetto che i micro-organismi capaci di svilupparsi in sangue fresco, totale, coagulabile del malato sono quelli che hanno potere patogeno.

Per poter fare un vaccino efficace è bene coltivare i germi di tutti i possibili foci; il vaccino deve contenere più antigeni che sia possibile, quindi eso ed endotossine. Un vaccino così preparato va usato con prudenza.

Il focus infettivo si potrà dire sradicato quando si sarà ottenuta una produzione sufficiente di anticorpi specifici.

R. LUSENA.

Nozioni attuali sul glutatione.

(M. T. REGNIER. *Le Bulletin Médical*, 31 marzo 1934).

Il Lavoisier nel 1789 riteneva la respirazione un processo di combustione derivante dalla combinazione dell'ossigeno col carbonio. Poichè la quantità di ossigeno trovata nelle sostanze escrete supera del 20 % la quantità di ossigeno assorbito dall'aria ambiente, Gautier nel 1880 ammetteva che gli organismi superiori potevano trarre l'energia necessaria senza bisogno di servirsi dell'ossigeno atmosferico.

Le reazioni di ossidazione che si compiono nei tessuti si fanno prendendo l'O e l'H dall'acqua e poichè in vitro queste reazioni non si riescono a determinare ad una temperatura e con pH come si hanno nei tessuti viventi, si deve ammettere l'esistenza di sostanze capaci di produrre questa reazione.

Rey-Pailhade nel 1888 dimostrava l'esistenza di una sostanza capace di idrogenare lo zolfo e la chiamò filotione. Nel 1921 Hopkins isolò dal lievito, dal fegato e dai muscoli dei mammiferi un dipeptide formato da cisteina e acido glutamico, che chiamò glutatione.

Il glutatione è una polvere bianca, cristallina, che fonde decomponendosi a 190°, solubilissima in acqua, quasi insolubile negli altri solventi e le sue soluzioni non sono stabili se alcaline o lievemente acide.

Il glutatione è caratterizzato essenzialmente dal suo idrogeno labile. La caratterizzazione del glutatione si fa mettendo in evidenza il gruppo SH. Il glutatione presenta una speciale reazione al nitroprussiato di sodio e all'acido fosfotungstico e si può dosare con varî metodi (all'iodio, al ferrocianuro).

Il glutatione si trova nell'uovo di gallina, nel sangue di montone, nella bile di agnello, negli asparagi, nel lievito, in alcuni bacilli (b. Welchii, tetani, typhosus, pvocyaneus, proteus, ecc.). E anche nei piselli, nelle alghe, nei celenterati, nei molluschi, negli echinodermi, negli anellidi, nei muscoli striati, nelle ghiandole endocrine. La surrenale è la glandola che ne ha di più, nel sangue il glutatione si trova solo nei globuli e il tasso varia, per l'uomo, fra 30 e 50 mgr. per 10 cc. di sangue.

La glutationemia è nettamente abbassata nel diabete (e lo è tanto più, quanto più la malattia è grave) ed è inversamente proporzionale alla glicemia. La glutationemia è pure bassa negli itteri, nelle anemie, nella tubercolosi, nel cancro, nella gotta, nell'obesità.

R. LUSENA.

Batteriofagia e terapia batteriofagica.

(S. SCHIAVO. *Boll. Istituto Sieroterapico Milanese*, febbraio 1934).

Il fenomeno della batteriofagia studiato da prima da D'Herelle e da Twort, richiama da

una diecina di anni l'attenzione dei ricercatori.

Ancora discussa è infatti la natura del batteriofago, che per alcuni è un quid vivo e vitale, mentre per altri è un prodotto dei germi stessi, un fermento autolitico, una protodiastasi.

La diffusione del batteriofago in vivo è molto vasta: ne sono portatori tutti gli animali forniti di tubo digerente. Nell'intestino dell'uomo giunge dall'esterno e si sviluppa fin dai primi mesi di vita.

Il batteriofago è particolarmente attivo nelle deiezioni di convalescenti di malattie infettive, nelle urine e nel pus, da cui si può isolare mediante filtrazione per candela.

Interessante è lo svolgimento della lisi batteriofagica, seguito al microscopio o meglio ancora all'ultramicroscopio per mezzo del quale si vedono nell'interno del germe attaccati dal batteriofago, dei granuli finissimi che si fanno sempre più numerosi, finchè il germe « scoppia » e diffonde nel mezzo ambiente i suoi granuli.

Macroscopicamente si osserva sulle patine culturali la formazione di piccole chiazze vitree, che sarebbero colonie di batteriofago. Questo si comporta assai variamente di fronte agli agenti fisici e chimici: in genere è molto resistente all'essiccamento e all'invecchiamento; la luce non lo influenza affatto, il radium e i raggi ultravioletti lo distruggono. È molto sensibile al chinino ed alla urotropina che ne inibiscono la attività: è distrutto dall'alcool, dalla antiformina e dalla formalina. L'azione degli acidi è nociva per esso ed il terreno culturale del batteriofago deve essere alcalino. Una delle sue proprietà interessanti è il potere antigeno: l'inoculazione di esso praticata più volte, provoca la comparsa nel siero di sangue della così detta antilisina. Una questione non ancora risoluta è se l'azione del batteriofago sui germi è specifica. Poco chiara è ancora la sua sorte nell'organismo. La sua azione è di vario genere. stimola la fagocitosi e la produzione di opsonina; i germi e i corpi batterici da esso lisati eccitano rapidamente la produzione dei rispettivi anticorpi.

La innocuità assoluta per i tessuti e la caratteristica elettiva di penetrazione nei medesimi, hanno fatto del batteriofago un mezzo di lotta attiva contro i germi patogeni. Donde le numerose applicazioni terapeutiche che ne sono state fatte nell'uomo. Esse sono di due tipi: la somministrazione di lisina batteriofagica ricavata dall'ammalato e fatta sviluppare in vitro; la somministrazione di stokbatteriofago ad azione intensa contro ceppi vari di germi di specie diverse. Notevole deve essere la quantità da somministrarsi e la somministrazione deve essere fatta il più presto possibile e per varie vie. Queste sono le seguenti: la iniezione sottocutanea, generalmente adottata; la iniezione endovenosa poco raccomandabile a causa delle notevoli reazioni generali; la via orale, generalmente associata alla sottocutanea; la via vescicale e rettale; le applicazioni esterne a mezzo di compresse di garza sterile imbevuta di batteriofago, previa apertura o puntura della raccolta purulenta: le polverizzazioni usate in otoiatria.

La malattia che risente maggiormente la influenza del batteriofago è il colera.

D'Herelle si recò nelle Indie Britanniche per studiare la cura batteriofagica del colera asiatico e riferisce risultati eccezionalmente favorevoli da lui ottenuti in questa malattia. Il batteriofago somministrato a scopo profilattico in regioni dove il colera è endemico ha dato risultati insperati.

Anche nella peste il batteriofago è capace di influenzare la prognosi della malattia a patto però che si somministri un batteriofago il più polivalente possibile.

L'infezione che ha dato una percentuale elevata di casi dubbi e di insuccessi è la tifoide. Complessivamente si hanno miglioramenti passeggeri, talora caduta brusca della temperatura, ma nessuna guarigione vera sì da fare del batteriofago un rimedio specifico.

Risultati favorevoli ed incoraggianti si sono avuti con la terapia batteriofagica nella dissenteria bacillare e nella colibacillosi (cistiti, cisto-pieliti, pielonefriti). Notevoli miglioramenti sono stati riferiti col trattamento locale dell'acne pustolosa, meno costanti quelli della adenite venerea.

Nel campo chirurgico sono state curate col batteriofago, ottenendo brillanti risultati affezioni streptococciche, stafilococciche, colibacillari: ascessi, flemmoni, paterecci, mastiti, foruncoli, osteomieliti, artriti purulente, setticemie ecc. ecc. Le vie di introduzione adoperate furono la locale, sottocutanea ed endovenosa. Anche in numerose affezioni nel campo della otorinoiatria è stata applicata questa terapia con lusinghieri risultati.

Concludendo la terapia batteriofagica ha tra gli AA. che l'hanno sperimentata un numero maggiore di favorevoli che non di contrari.

Tale metodo però ha cause svariate e di applicazione piuttosto complicata e soggette a scrupolosa osservanza di molteplici norme.

È da augurarsi che mediante ulteriori studi e ricerche il batteriofago possa diventare un mezzo efficace e pronto, facilmente applicabile nella terapia di numerose infezioni.

VICENTINI.

La dieta di mele nella cura delle diarree del lattante.

(G. STANCANELLI. *La Pediatria*, 1° aprile 1934).

Le interessanti ricerche sulla proprietà antidiarroica delle mele ed i brillanti risultati segnalati da numerosi AA. talvolta fino alla proporzione del 100 % dei casi, hanno dimo-

strato come la dieta di mele, sia pur con modalità varie di preparazione e con metodi diversi di somministrazione, rappresenti un rimedio energico, addirittura radicale, per la cura degli stati diarroici non solo primitivi del tubo gastro-intestinale (disturbi ex alimentatione) ma anche, se pur con una percentuale minore di successo, di quelli parenterali (disturbi ex infectione).

Molto semplice è la tecnica suggerita da Moro per l'applicazione della dieta di mele ed il metodo adoperato da questo A. sembra meglio prestarsi specie quando debba venir applicato in bambini piccoli e lattanti.

Le mele, scelte fra quelle di media maturazione, vengono sbucciate, private dei semi e delle membrane esistenti attorno ad essi e grattugiate con una grattugia di vetro. Si viene così a formare una poltiglia di consistenza molle e di odore aromatico, che va rapidamente assumendo una tinta giallastra per l'istituirsi di processi ossidativi. I soggetti da trattare non debbono venir sottoposti ad alcun trattamento preventivo a base di purghe o dieta idrica, bensì vengono alimentati con le mele così preparate e per un periodo di due giorni, durante i quali nessun alimento o bevanda viene concessa eccetto qualche leggero infuso di thè saccarinato o di acqua semplice, onde soddisfare al senso di sete e sopperire almeno in parte alla disidratazione più o meno accentuata dell'organismo indotta dallo stato diarroico.

La quantità di polpa di mela da somministrare varia con l'età del soggetto: in media oscilla fra i 100-300 gr. per pasto con un quantitativo totale, in cinque pasti giornalieri, di 500-1500 grammi. Dopo due giorni di tale dieta si passa ad una dieta di transizione a base di thè, cacao, biscotti, zuppa di farina, brodo di carne magra, purea di patate, mucillagini, ecc. È questo naturalmente il periodo più delicato della cura, durante il quale si può avere una ripresa dei disturbi intestinali se non si ha l'accortezza di somministrare alimenti di facile digestione e di ritornare quasi insensibilmente alla dieta primitiva.

In genere la diarrea scompare nel termine di 12-24 ore dall'inizio della dieta di mele e contemporaneamente migliora lo stato generale.

Controindicazioni vere e proprie all'applicazione della dieta di mele non esistono; sono stati però segnalati degli incidenti (cilindruria, fenomeni gravi di disidratazione acuta) per cui la dieta va usata con prudenza e va sorvegliata, specie quando si tratta di lattanti piccoli.

Un nuovo metodo di somministrazione delle mele è rappresentato dalla *polvere di mele*, di cui già esistono dei preparati in commercio. La polvere di mele rappresenta un ausilio di prim'ordine in quei mesi dell'anno nei quali è difficile poter disporre di mele fresche. L'A. però non crede che essa possa sostituire le mele crude le quali, per non essere sottoposte ad alcuna manipolazione che ne alteri in modo più o meno notevole la composizione fisico-chimica ed il contenuto vitaminoso, debbono esplicare una maggiore efficacia curativa.

L'A., in una serie di ricerche, si è potuto convincere della reale efficacia della cura di mele. Egli consiglia di aggiungere alle mele grattugiate della mucillagine di riso. In questo modo alla complessa azione terapeutica delle mele si aggiunge quell'altra astringente e nutritiva della crema di riso.

L'azione terapeutica delle mele appare abbastanza complessa e deve con ogni probabilità derivare dalla simultanea influenza di diversi fattori, fra i quali grande importanza dovrà assegnarsi sia ai fattori fisico-chimici (funzione assorbente della pectina, potere tampone) che chimici (probabile potere svelenante dell'acido galatturonico allo stato nascente), senza volere con questo negare una parte importante al contenuto vitaminico e agli altri elementi costitutivi delle mele, quali l'acido tannico e l'acido malico con la loro probabile azione rispettivamente astringente e acidificante. C. TOSCANO.

DIVAGAZIONI

L'importanza fisio-patologica dell'umidità atmosferica.

L'umidità può esistere nell'atmosfera sotto quattro forme:

1) *vapore*, in funzione della temperatura;

2) *colloidale* (dispersoide) in cui l'acqua forma la fase dispersa e l'aria la fase di dispersione. Si hanno così le nebbie, le brume, le nubi, forme diverse in dipendenza di fattori non ancora bene determinati, fra cui sono da menzionare: lo stato elettrico dell'atmosfera (l'aria umida contiene più elettricità che la secca), le correnti atmosferiche, la pressione barometrica;

3) *la forma liquida* che rappresenta la fine dello stato colloidale, la flocculazione. Le micelle, di diametro da 10 a 100 μ, che per la loro carica elettrica si erano sottratte momentaneamente alle leggi della gravità, cessano di respingersi e si aggregano in gocce, di cui la dimensione è in funzione della tensione superficiale e formano la pioggia.

4) *le forme solide*: neve, grandine, nevischio, che sono funzione della temperatura.

Importante è la forma colloidale dell'umidità atmosferica per la trasmissione delle malattie contagiose. Non è più discutibile, dice Terray (*Gazette des hôpitaux*, 11 aprile 1934) l'importanza delle nebbie, pure od impure (cariche di gas o di prodotti in soluzione, come la nota nebbia mortifera della Mosa); la nebbia del 1880 a Londra ha cagionato 3000 decessi (in 3 settimane) oltre la media.

D'altra parte, le esperienze di Trillat confermano che certe brume possono essere bacillifere. Non è possibile che il vapore d'acqua sia il vettore dei germi morbosi; i microbi e l'acqua si trovano allo stato di dispersoide ed il microbo forma il centro delle micelle liquide nel mezzo di dispersione gassosa.

Curiosi sono i rapporti fra l'umidità atmosferica ed i dolori detti reumatici che, generalmente, si ritengono diretti. Ora, è degno di nota il fatto che, per esempio, gli inglesi che sono molto sensibili ai reumatismi, non ne soffrono ai tropici dove il clima è straordinariamente umido. In generale, si deve ritenere che i rapporti fra umidità atmosferica e reumatismi sono connessi con condizioni meteorologiche mal definite, che provocano la formazione dello stato colloidale dell'acqua nell'atmosfera (nebbie). Invece, quando cessano tali condizioni e le micelle liquide si aggregano in pioggia, con uno stato igrometrico del 100%, i reumatizzanti non accusano dolori, che hanno invece vivi con uno stato igrometrico che non oltrepassa l'80 %.

L'acqua non sarebbe, quindi, che un indice delle condizioni meteorologiche, che possono esistere anche se non vi è quasi acqua nell'atmosfera. Gockel ha osservato, di fatto, che quando soffia il *föhn*, e l'aria è quindi calda, secca ed a forte jonizzazione, i dolori reumatici sono fortemente esacerbati. Se ne può concludere pertanto che i reumatizzanti soffrono più in dati momenti, in certe condizioni meteorologiche e che nulla è meno provato che l'azione dell'umidità atmosferica sulla comparsa dei dolori reumatici. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Prof. A. CIAMPOLINI. *L'invalidità da malattie professionali.* Vol. di pag. VIII-228. Ed. Lattes, Torino, 1934. L. 14.

La questione delle malattie professionali e delle conseguenze immediate e lontane da esse prodotte è oggi all'ordine del giorno. La nuova legislazione del lavoro le porta allo stesso livello del classico infortunio e impone insieme all'obbligo dell'assicurazione l'obbligo della denuncia da parte dei medici che ne riconoscano l'esistenza: di qui la necessità che i medici stessi si avvicinino a questi argomenti che la pratica li porterà sempre più frequentemente ad affrontare e che finora per lo più si trascuravano quando addirittura non si ignoravano.

Occorre la conoscenza della legislazione: ma occorre sopratutto la capacità di orientarsi e di giudicare di fronte ai quesiti complessi che l'apprezzamento dei danni delle tecnopatie può far sorgere. Il medico deve saper e poter valutare se e quanto possa aver valore la esistenza di precedenti insufficienze o deviazioni costituzionali o di particolari diatesi che la professione non fa che rivelare; se e quanto la sintomatologia caso per caso riconoscibile sia in dipendenza dell'azione tossica del materiale lavorato; se si tratta di vere e proprie malattie professionali o non piuttosto di casi di patologia comune in campo professionale; se vi sia o meno possibilità di interferenza da parte di simulazione, di esagerazione o di autolesione.

Questi quesiti il prof. Ciampolini nella prima parte del suo volume affronta singolarmente in modo piano, lucido e preciso: e poichè per la loro soluzione necessita la conoscenza esatta del quadro morboso delle singole tecnopatie, ecco nella seconda parte i cenni clinici e medico-legali più recenti riguardanti il saturnismo, l'idrargirismo, il benzolismo, il fosforismo, il solfocarbonismo e l'anchilostomiasi. Qui il pratico troverà tutti gli elementi necessari a guidarlo nella formulazione di un esatto giudizio medico e medico-legale.

In tutta l'opera dati giuridici e clinici, reperti di laboratorio e quesiti di valutazione del danno lavorativo vengono passati al vaglio della personale, vastissima esperienza dell'A., sicchè ne risulta un insieme armonico, ordinato, altamente istruttivo.

Il Direttore della Clinica del Lavoro di Milano, Prof. Sen. Devoto, nel presentare questa opera ai medici italiani la giudica « una guida semplice, cosciente e sicura »: non si potrebbero trovare parole più esatte e più risponden-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ti alla realtà, poichè il prof. Ciampolini non poteva fare più e meglio di così.

C. FRUGONI.

VINCENZO MONALDI. *Elementi di fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tubercolosi polmonare.* Prefazione del prof. E. MORELLI. Ed. Federaz. Italiana Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi. 1934. Vol. di pagg. 518, con 123 figure, L. 60.

Il primo libro che mio padre volle che studiassi quando iniziai la carriera medica fu la fisiopatologia di Cohnheim, perchè, egli mi disse, soltanto la fisiologia applicata alle condizioni morbose può spiegare i fenomeni che si presentano in clinica e può aprire nuove vie nel campo di una terapia razionalmente intesa.

A questo ripensavo sfogliando il libro del Monaldi perchè in esso è la dimostrazione di quale inesauribile miniera di fatti nuovi e di originali deduzioni può mettere in luce anche in campi apparentemente sfruttati l'indagine fisiopatologica.

Questi « Elementi di fisiopatologia dell'apparato respiratorio » rappresentano la sintesi del lavoro assiduo che V. Monaldi ha svolto in poco più di tre anni nella Clinica diretta dal prof. Morelli e le parole lusinghiere con le quali questi presenta al pubblico l'opera del suo allievo sono certamente per il Monaldi il miglior premio della sua fatica.

Il libro è diviso in due parti; nella prima vengono trattate le odierne nozioni di fisiopatologia dell'apparato respiratorio, nella seconda i meccanismi di azione dei varî interventi nel trattamento della tubercolosi polmonare. In ogni capitolo la bibliografia è accuratamente aggiornata, ma sono sopratutto le concezioni e le deduzioni personali che rendono interessante ognuno di essi. In questa breve rassegna non mi è possibile che accennare a quelle sulla interdipendenza e interferenza fra movimento polmonare e toracico, a quelle sul chimismo respiratorio, sulla funzione del mediastino, sulla funzione respiratoria e sugli spostamenti mediastinici nel pneumotorace terapeutico, sui fattori che determinano il pneumotorace elettivo.

Devono però a parte essere ricordate le ricerche che condussero il Monaldi alla determinazione delle « Linee dominanti » dell'attività toracica e alla concezione della toracoplastica antero-laterale, ricerche superiori forse per importanza a quelle di Boiffin e di Gourdet dalle quali Wilms e poi Sauerbruch trassero i concetti fondamentali delle loro toracoplastiche. La toracoplastica anterolaterale, intervento dinamico-funzionale con un meccanismo di azione più somigliante al pneumotorace terapeutico, non può e non deve essere contrapposta alle toracoplastiche più antiche statico-meccaniche. Ha da queste indicazioni alquanto diverse, ma in ogni modo molto più estese e di essa può beneficare un numero molto maggiore di pazienti. I concetti delle linee dominanti si sono poi dimostrati di estrema utilità nel fissare le indicazioni e nel formulare giudizi prognostici anche nel campo degli altri interventi usati nella cura della tubercolosi polmonare.

E. Morelli conclude la sua prefazione coll'affermazione che questo libro onora non solo la scuola dalla quale proviene, ma la scienza Italiana, certo ha ali robuste per volare lontano con tutta la fortuna che merita.

MANFREDO ASCOLI.

P. LECOMTE DU NOÜY. *Méthodes physiques en biologie et en médecine.* Vol. di pag. 196, con 77 fig. Baillière, Paris, 1933.

La metodologia corrente della chimica è ormai posseduta almeno sufficientemente dalla grande maggioranza dei biologi: non altrettanto può dirsi per quel che riguarda i metodi fisici, i quali, specie negli anni più recenti, sono entrati a far parte del campo biologico arrecando larghe possibilità di indagine.

Ciò dipende forse dal fatto che la spesso insufficiente preparazione dei biologi nel campo delle scienze esatte, mette non di rado questi ricercatori di fronte alla possibilità di incorrere in errori di metodo e soprattutto di interpretazione, che anche la più impeccabile tecnica non può evitare.

Lecomte du Noüy, capo di laboratorio all'Istituto Pasteur e già favorevolmentte noto per le sue ricerche e per i suoi metodi personali nel campo della fisica biologica, ci offre ora un piccolo libro, che vuol essere appunto un aiuto e un consiglio al biologo che si inizia alla ricerca scientifica in tale campo. Il libro non ha pretese di testo di dottrina nè di completo manuale di tecnica. Esso si limita a fornire le nozioni teoriche, di calcolo e di interpretazione, necessarie per la scelta e la comprensione di un apparecchio o di un metodo e per la giusta valutazione dei dati ricavati. L'A. consiglia sempre il metodo che egli, nella sua lunga e profonda pratica ha trovato migliore, e fornisce quei ragguagli minimi, che spesso dimenticati o messi male in evidenza nei testi più voluminosi, permettono invece al ricercatore di mettere subito, senza perdita di tempo, perfettamente « a punto » una tecnica. I metodi trattati sono: crioscopia, densimetria, tensiometria, viscosimetria, metodi per la determinazione del pH e della conduttività elettrica, metodi ottici compresa (e largamente trattata) la spettrofotometria.

Il libro non può, nè vuole, sostituire i completi manuali di tecnica, che restano sempre necessari in un laboratorio, ma è soprattutto un utilissimo aiuto, che spesso farà guadagnare tempo ed evitare errori al ricercatore.

PUDDU.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 22 febbraio 1934.

Presidente: C. MERLETTI.

La reazione di Kahn per la sifilide ricercata negli ammalati di mente.

F. VISALLI — Ammessa la specificità della reazione di Kahn, l'O. si prefigge se eventualmente la natura sifilitica delle affezioni mentali non sia più numerosa di quanto i dati correnti non ci facciano ammettere.

Ha praticato su 120 ammalati di mente parallelamente alla reazione di Kahn anche la Wassermann, ed ha diviso tutti i soggetti in gruppi a seconda della loro posizione clinica, anamnestica o sierologica nei riguardi della sifilide. Ha trovato una certa positività anche nei malati sospetti e perfino in quelli non sospetti, dati tutti che fanno desumere un triplice ordine di considerazioni:

1) appoggiano il concetto che la natura luetica delle malattie mentali sia più frequente di quanto non si supponga;

2) fanno pensare che i casi di lue risultino più numerosi quando mezzi di indagine più fini e più specifici della Kahn fossero escogitati ed applicati. Infatti la Kahn stessa si è mostrata negativa talvolta in casi pur sicuramente sifilitici;

3) invitano ad applicare la reazione di Kahn fra i mezzi correnti di indagine a tutti i malati di mente.

Discussione: prof. RAVENNA, prof. RIETTI, dott. BOSCHI.

Della risonanza elettiva delle vie aeree maggiori nel timpanismo plessico del polmone esenterato.

C. MINERBI e A. CIACCIA. — Gli OO. hanno sperimentato su polmoni di vitello, estratti in blocco insieme con la trachea. Essi hanno, mediante strettissime « legature in massa » parcellari (eseguite mediante l'ago di Cloquet) escluso — a tenuta d'aria — dal lobo inferiore del polmone destro un grosso segmento, in maniera che in esso restasse compreso il grosso bronco collettore sino quasi allo sbocco prossimale diretto di esso nel bronco primitivo laddove nel viscere del lato sinistro veniva isolato con lo stesso processo un blocco polmonare considerevolmente più lungo ed all'incirca altrettanto spesso, costituito da strati relativamente superficiali del lobo inferiore.

In esperimenti reiterati gli OO. hanno riconosciuto mediante la percussione comparativa che costantemente laddove il segmento di destra dava un determinato tono (il più spesso il *do*) (128 Hertz), il segmento di sinistra, sebbene notabilmente più lungo e altrettanto grosso in confronto al segmento di destra, dava la « terza maggiore » (ordinariamente il *mi*) (160 Hertz).

È evidente che il tono principale del suono plessico a destra doveva essere un fenomeno di risonanza del tratto di vie aeree incluso nel segmento polmonare tratto, tenuto a destra considerevolmente più lungo che a sinistra.

Inizialmente la percussione comparativa dei due polmoni intatti dava da un lato il medesimo suono come quello del lato opposto.

Herpes zoster e varicella.

Dott. MARINO ORTOLANI. — L'O. dopo aver accennato alla questione ancora aperta dell'identità o meno del virus varicelloso e di quello zosteriano, riferisce intorno ad un'epidemia di varicella, manifestatasi nel locale brefotrofio.

Il primo caso riguardava un bambino la cui madre, 10-12 giorni innanzi, aveva sofferto di herpes zoster tipico del territorio innervato dal cutaneo mediale dell'avambraccio.

Particolari caratteri di atipia, presentati dagli elementi eruttivi nei bambini che per primi caddero malati, hanno indotto a pensare ad uno speciale adattamento successivo del virus nel passaggio dalla nutrice. L'O. infine insiste sull'opportunità di isolare i malati di herpes zoster nelle comunità sopratutto infantili.

Discussione: dottori ANTONIO FRABETTI, A. MALAGODI.

Dott. CAMPAILLA. — *Sistema endocrino-simpatico e comportamento del fenomeno d'ostacolo di Donaggio nelle urine in rapporto alle sostanze farmaco-dinamiche.*

Discussione: prof. MERLETTI.

Corionepitelioma dopo gravidanza extrauterina tubarica.

Dott. R. VIGNOCCHI. — Dopo un'attenta disamina delle conoscenze finora accumulate sopra la patogenesi, anatomia, patologia, sintomatologia e trattamento del corionepitelioma da gravidanza extrauterina in genere e tubarica in specie, e in base allo studio di un nuovo caso di corionepitelioma dopo gravidanza tubarica ad andamento particolare e che viene ad accrescere la magra casistica esistente, l'O. è portato a concludere che:

1) la rarità del corionepitelioma della tromba è soltanto apparente ed ha soltanto la sua ragione di essere nella stessa rarità relativa della gravidanza tubarica nei confronti di quella uterina;

2) molto problematica si presenta ancora peraltro una particolare e spiccata disposizione dell'ovidotto ad assumere la degenerazione corionepiteliomatosa maggiore della stessa disposizione comunemente dimostrata da parte della matrice; sono invece da scartarsi senz'altro le vedute di alcuni AA. tendenti a vedere nella semplice gravidanza extrauterina un'affezione a carattere decisamente maligno;

3) una volta dichiarato che il corionepitelioma della tromba è di una malignità estrema decisamente superiore di quando esso si presenta in sede uterina, ed a prognosi quasi costantemente infausta 87,50 %;

4) il suo decorso clinico manifesta in molti casi le caratteristiche tappe della malattia; laddove dal punto di vista anatomopatologico esso è perfettamente simile al corionepitelioma della tromba;

5) data la sua estrema malignità e la sua prognosi quasi inesorabile l'A. è indotto nella convinzione che se l'intervento radicale quanto più precoce possibile, in ogni caso di gravidanza extrauterina, rappresenta in ogni modo l'unico mezzo per combattere l'insorgere del tumore con probabilità di riuscita, mentre che al di fuori della profilassi a malattia dichiarata, anche se iniziale, ben poco dobbiamo attenderci da qualsiasi trattamento, tranne casi eccezionali e fortunati su cui non è lecito sperare, d'altra parte possono occorrere casi nei quali, come in quello osservato dall'O., la localizzazione ectopica primitiva rende vano all'inizio ogni trattamento radicale, come rende spesso pressochè inutile più tardi ogni tentativo di cura.

Discussione: Prof. MERLETTI.

Il Segretario: A. VIGNALI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Malattia di Addison a sintomatologia frusta e ad evoluzione prolungata. Utilità della diagnosi radiologica.

M. Faure-Beaulieu, L. Lyon-Caen e M. Brunel (*Presse Méd.*, 21 marzo 1934) riportano il caso di un infermo che presenta da tredici anni una sindrome fatta da astenia, dimagrimento e disturbi digestivi, per la quale la diagnosi di morbo di Addison fu posto all'inizio, quando a questi sintomi si aggiungeva una melanodermia tipica. Attualmente questa melanodermia non esiste più, avendo lasciato solo tracce insignificanti sulla mucosa delle labbra; non vi è ipotensione arteriosa notevole e non sembra che vi sia mai stata.

Il quadro attuale malgrado l'anamnesi che gli AA. non hanno potuto controllare, è insufficiente per affermare la diagnosi di tubercolosi delle capsule surrenali, diagnosi resa ancora più inverosimile dalla durata inusitata della malattia.

La clinica essendo da sola impotente a risolvere il problema, gli AA. hanno eseguito alcuni esami di laboratorio complementari.

Il dosaggio dello zucchero del sangue ha dimostrato una ipoglicemia manifesta (0,65‰), stigmata umorale di insufficienza surrenale ma anche di iperinsulinismo.

L'esame interferometrico del siero ha dimostrato segni aberranti di ipertiroidismo e di ipopituitarismo. Le cifre trovate per la surrenale non permettono di concludere che per un disturbo leggero da iperattività corticale e da minima deficienza midollare, mentre nell'Addison tipico si trovano divergenze molto più considerevoli.

La radiologia ha tolto ogni dubbio dimostrando a sinistra un'immagine opaca a forma di corolla e a destra alcune ómbre meno bene aggruppate, a sede esattamente surrenale, che non si possono interpretare che come immagini di calcificazioni ghiandolari.

La diagnosi radiologica della malattia di Addison è una nozione nuova e poco corrente. La visibilità ai raggi X delle capsule surrenali tubercolose è lungi dall'essere costante, essendo subordinata alla presenza di calcificazioni, eventualità assai rara. Il substrato anatomico abituale della malattia è una caseificazione in massa delle due capsule ed occorrono delle circostanze anormali, lentezza del processo, integrità di una certa porzione del tessuto ghiandolare suscettibile forse di entrare in ipertrofia compensatrice, perchè il processo fibro-calcificante abbia il tempo di aggiungersi al processo caseificante.

Sono questi casi nei quali, come in quello descritto, la diagnosi clinica resta incerta e l'esame radiologico può essere prezioso.

C. TOSCANO.

Astenia parossistica da sforzo con ipoglicemia permanente ed insufficienza corticosurrenale.

M. Labbé, R. Boulin e Gilbert-Dreyfus (*Soc. méd. hôpitaux Paris*, 12 dicembre 1933), riferiscono il caso di un individuo di 38 anni che, dopo una malattia ritenuta influenza, andava soggetto a stanchezza progressivamente crescente, con crisi in seguito al lavoro e specialmente a sforzi. La stanchezza obbliga l'individuo ad appoggiarsi al muro, in preda ad una sensazione di annientamento, accompagnata, nel momento massimo, da vertigini, annebbiamento della vista, fame imperiosa. Il riposo e soprattutto l'ingestione di un bicchiere di latte o di un po' di zucchero fanno scomparire i sintomi.

Pressione 140 e 80; glicemia 0,57 per mille. Esagerata l'iperglicemia provocata col glucosio, malissimo tollerata la prova di ipoglicemia provocata con l'insulina, che ha determinato uno stato quasi sincopale (caduta della glicemia da 0,68 a 0,14). Lo sforzo (salita di scale con un peso) ha determinato disturbi, senza però una vera caduta della glicemia (soltanto da 0,70 a 0,67 e 0,60).

Gli AA. escludono che si trattasse, in tal caso, di uno stato di iperinsulismo soprattutto per il fatto che la glicemia si abbassava di poco sotto l'influenza della fatica muscolare e, quindi, le crisi di astenia non potevano mettersi in rapporto con l'ipoglicemia. L'ipersensibilità all'insulina, unita ad una particolare stancabilità ed all'ipoglicemia costante, indica la diagnosi di ipoepinefria. Non si tratta però di una sindrome di insufficienza corticosurrenale completa, ma di uno stato di iperinsulinismo associato ad insufficienza corticosurrenale; quest'ultima è il fatto fondamentale, mentre il primo non è che un epifenomeno.

fil.

Ipertensione parossistica e tumore del midollo surrenale.

Kalk (*Klin. Wschr.*, 13-613, 1934) e Büehned (*Ibidem*, 13-617, 1934) riportano un caso di tumore midollo-surrenale con sindrome di ipertensione parossistica in cui la lesione surrenale fu diagnosticata in vita: *a*) perchè accessi di ipertonia potevano venir provocati da compressione sulla regione renale D; *b*) radiologicamente (sia direttamente che pielograficamente). Asportazione del tumore e del rene. Guarigione assoluta della sindrome ipertensiva.

Esame anatomo-patologico: si trattava di un tipico feocromocitoma, ricchissimo in adrenalina. La corteccia surrenale era invece compressa e atrofizzata.

Questo caso è il secondo della letteratura diagnosticato in vita (il primo fu di Suermond) e il primo guarito in seguito all'operazione.

Più numerosi sono i casi in cui il nesso fra adenoma surrenale e ipertensione fu dimostra-

to al tavolo anatomico. Gli AA. ne hanno raccolto dalla letteratura una trentina. Un caso è capitato sotto la loro osservazione in un morto per peritonite da perforazione in un iperteso. All'autopsia si riscontrò un feocromocitoma tipico con metastasi epatiche e tiroidee.

ALDO CALÒ.

Sindromi epato-surrenali.

Parturier e Fauqué (*Rév. des Maladies du foie* etc., 6, 1933) descrivono, in una malata con epatomegalia, subittero, e turbe varie della funzione epatica, la comparsa progressiva di sintomi di insufficienza surrenale, come la faticabilità muscolare, l'ipotensione arteriosa, l'ipercolesterinemia e la pigmentazione ardesiaca della cute e della mucosa.

Basandosi su questo caso clinico gli AA. esaminano dettagliatamente il quadro dell'iposurrenalismo, sia midollare che corticale e le caratteristiche modificazioni del metabolismo che lo accompagnano.

In complesso, si può affermare che la sostanza corticale presiede al metabolismo dei grassi e della colesterina, alla regolazione della termogenesi e alla resistenza contro le infezioni: la sostanza midollare regola il metabolismo degli idrati di carbonio, la pressione arteriosa e la resistenza contro la fatica muscolare: e il fegato entra a far parte del controllo di tutte queste varie attività metaboliche.

Da un punto di vista clinico è possibile riconoscere un'influenza reciproca dei successi sul fegato e viceversa; onde, in complesso, gli AA. si credono giustificati ad ammettere e a descrivere l'esistenza di sindromi epato-corticali ed epato-midollari.

V. SERRA.

Adrenalinuria e tubercolosi polmonare.

L. F. Raffo (*Accademia Medica*, 15 aprile 1934) ha saggiato il comportamento dell'adrenalinuria nei tubercolosi ed in altri soggetti affetti da forme morbose diverse, servendosi della reazione del Viale. Ha osservato che i malati con localizzazioni del polmone clinicamente quiescenti, silenziose e stazionarie non presentano quasi mai adrenalina nelle urine rivelabile secondo il citato metodo, mentre malati con localizzazioni tubercolari del polmone in fase clinica di attività danno reazione del Viale positiva nello escreto urinario di intensità variabile da caso a caso. Di più in altri aggruppamenti di malati portatori di affezioni non specifiche del polmone ad andamento acuto (bronchiti, broncopolmoniti) l'adrenalina risulta sempre bene rivelabile.

Fra le ipotesi che si possono avanzare per spiegare il comportamento dell'adrenalinuria nei tubercolosi l'A. crede più probabile quella secondo la quale il surrene del tubercoloso, almeno nelle prime fasi di malattia, quando l'elemento costitutivo di tale apparato ghiandolare non risulta ancora gravemente leso, possa reagire di fronte ai veleni bacillari iperproducendo una quantità di adrenalina che in tal caso per le sue specifiche attività verrebbe ad assumere nel quadro clinico della malattia una funzione di tamponamento, di difesa, almeno in via transitoria di fronte ai veleni specifici.

C. TOSCANO.

Un caso di miastenia progressiva trattato con successo con l'opoterapia cortico-surrenale.

M. Roch, Michel-J. Demole e P. Duchosal (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 5 febbr. 1934) riportano il caso di un giovane di 19 anni, il quale soffriva da più di due anni di malattia di Erb-Goldflam, con peggioramento lento e che resisteva a tutte le terapie, classiche e nuove, mentre, pur non presentando alcun segno di insufficienza capsulare, migliorò rapidamente con la somministrazione di un estratto cortico-surrenale, tanto da poter riprendere una certa attività fisica, compatibile con l'esistenza di un intellettuale.

Pur non potendo prevedere la permanenza del risultato esso è degno di essere conosciuto e può spiegarsi con l'effetto dell'ormone corticale direttamente sul metabolismo proprio della musculatura.

C. TOSCANO.

Tumori delle paratiroidi con iperparatiroidismo.

Curchil, Cape (*Surg. Gyn. Obst.*, 1934) riportano 11 casi operati, in 10 dei quali si trovò un adenoma della paratiroide. 6 avevano la sindrome di osteodistrofia fibrosa, 3 calcolosi renale con decalcificazione ossea, 1 artrite cronica, 1 m. di Paget. Taluni di essi erano già stati operati ma la ricerca del tumore paratiroideo era stata negativa: il miglioramento nello stato generale e l'abbassamento del tasso calcemico si ebbe solo quando venne trovato l'adenoma. Gli AA. insistono pertanto nell'utilità di operare di asportazione solo i tumori.

V. GHIRON.

Sulla chirurgia delle paratiroidi.

N. S. Samarin (*Lyon Chir.*, n. 1, 1934) riporta i casi di paratiroidectomia operati nel reparto del prof. Oppel a Leningrado, con i relativi risultati. Su 49 casi di poliartrite anchilosante trattati con la paratiroidectomia unilaterale e l'emitiroidectomia si ebbe nel 50 % un miglioramento che è durato da 7 a 21 mesi; in 6 casi di osteogenesi imperfetta si ebbero risultati soddisfacenti. in 2 casi di atrofia muscolare progressiva con lieve ipercalcemia ed ipofosfatemia e cronassia prolungata si ebbe un risultato eccellente nel caso in cui fu trovata iperplasia delle paratiroidi mentre nel secondo fu nullo; in 3 casi di sclerodermia si ebbe in 1 caso miglioramento marcato (calcemia 12,5 %), in un caso miglioramento di lieve grado (calcemia 12,8 %), ed un terzo risultato nullo (calcemia 12,7 %). Risultato ottimo in un Recklinghausen in cui all'intervento fu trovato ed asportato un adenoma della paratiroide. Risultati nulli nei casi di poliartrite deformante, di miosite ossificante, di otosclerosi.

R. GRASSO.

La paratiroidectomia nelle artriti croniche anchilosanti.

In un recente lavoro Weil (*La Presse Médical*, 7 febbraio 1934) prende in esame la questione dell'opportunità di interventi sulla regione tiroidea in corso di poliartrite cronica, e porta al problema il contributo di sue personali nuove seperienze.

Nella definizione delle indicazioni all'intervento demolitore su parti dell'apparato tiroparatiroideo l'A. si rifà alla indicazione stabilita da Leriche: « Artriti anchilosanti con ipercalcemia ».

L'A. confuta l'espressione ed il concetto di Leriche, in quanto che ebbe ad osservare molti malati ospedalizzati da anni e sofferenti da 30-40 anni di lesioni articolari, in cui la deformazione e la limitazione dei movimenti raggiungevano gradi estremi, e che pure non presentavano all'esame radiografico alcuna anchilosi ossea, nè altre lesioni articolari radiologiche, se non qualche po' di atrofia e alcune lesioni da usura.

Quanto all'indicazione dell'ipercalcemia, essa nel reumatismo cronico generalmente manca. L'A. passa in rassegna a questo proposito i varî metodi di dosaggio ed elenca le cause di errore e conclude che spesso si scrivono cifre non corrispondenti a realtà. Sicchè la dichiarazione di ipercalcemia sarebbe spesso gratuita.

A noi pare però, che quando si lavori correttamente, non sia difficile stabilire se un malato ha o no un tasso ematico di calcio normale.

Concludendo l'A. dice che l'indicazione all'intervento è, secondo lui, costituita dalla diagnosi di reumatismo cronico grave, generalmente resistente agli altri trattamenti, e che rende la vita impossibile.

Su 14 di questi casi l'A. ha eseguito una vasta tiroidectomia cercando di asportare sempre una paratiroide.

Il risultato fu il seguente: in nessun malato si ebbe modificazione della calcemia, nè modificazioni radiologiche. I vantaggi che si ottennero in 4-5 casi si devono interpretare come legati ad un'azione sulla contrattura e quindi sul dolore. Questo sarebbe, nei casi seguiti da miglioramento, l'effetto della paratiroidectomia.

Se questa però costituisce per certi reumatici cronici un intervento fortunato, ai molti altri non è seguita da alcun vantaggio reale. Il miglioramento è possibile anche quando non si riesce a trovare le paratiroidi.

Cosicchè l'interpretazione dei risultati resta incerta e l'indicazione all'intervento molto imprecisa. M. COPPO.

Cura della tetania postoperativa.

Holtz (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 177, pag. 32, 1933) è riuscito a isolare dalla ergosterina irradiata un composto capace di far scomparire i sintomi della tetania paratireopriva. A differenza dell'ormone paratiroideo con cui il preparato non ha nulla a vedere, la somministrazione ha luogo per via orale e ha un effetto che si prolunga per giorni o per settimane. 15 casi di tetania così trattati sono clinicamente guariti; il preparato che l'A. chiama A. T. 10 (antitetanico 10) in dosi eccessive può essere tossico. Roggenbaum, Rieder, Gissel hanno sperimentato con eguale successo il A. T. 10 e riferiscono come si sia ottenuto, in casi di tetania, non solo la scomparsa dei fenomeni ma una elevazione del calcio fino al tasso normale e la scomparsa della ipereccitabilità muscolare. VALDONI.

TECNICA MEDICA.

L'importanza delle regole di asepsi nelle iniezioni

Anche nelle iniezioni banali, si devono sempre osservare le regole di una minuziosa asepsi, poichè altrimenti ci si espone a pericoli anche gravi. Di una statistica di 60 casi citati da Esau (*Deut. med. Wochens.*, 1934, n. 4) soltanto 4 guarirono. In un caso osservato dall'A., si ebbe in seguito ad iniezione di caffeina, un'infezione gassosa, da attribuirsi ad insudiciamento da parte della paziente insensata.

L'A. raccomanda pertanto di lavare sempre la fiala con alcool o con soluzione di ossicianuro, in cui sarebbe anzi bene conservarle. La siringa deve essere bollita; la pelle va pulita accuratamente e così pure si avrà cura di pulire le dita e di non toccare le parti più importanti della siringa stessa. Nelle iniezioni sottocutanee, infiggere l'ago (che deve essere corto) in una piega cutanea parallelamente alla superficie; in tal modo, si risparmiano le fascie ed i muscoli, per cui i germi della gangrena gassosa hanno predilezione. *fil.*

IGIENE.

La purificazione dell'acqua, per le truppe, con cloro e carbone attivo.

F. Massa (*Giorn. di Med. Mil.*, febbraio 1934) ha scelto come reagenti l'ipoclorito di calcio e lo « steridrolo » in polvere al 20 % di cloro attivo e ha stabilito in 30' il tempo massimo da mettere a disposizione per compiere l'intera operazione di potabilizzazione.

Ha fatto esperienze usando: 1) acque di conduttura, di pozzi, di fiumi e di canali, addizionate di feci, urine e di liquame di fogna e seminate con germi apportatori di infezioni per via idrica; 2) acque sterilizzate e poi addizionate di culture pure.

Dalle esperienze fatte si è stabilito in gr. 0,04 per litro la dose fissa di cloro attivo da usarsi per un'acqua « ad incognita » ed in 15' il tempo di contatto utile perchè si compia la disinfezione.

Per togliere all'acqua il cattivo odore e il sapore sgradevole assunto si è trovato utile usare alcune polveri di carboni vegetali attivi. Grammi 0,30 di polvere di carbone «Hydraffin»;

gr. 0,40 di « Carboraffina »; gr. 0,50 di polvere di carbone N. V. Norit olandese, di vecchia preparazione usati per ogni litro di acqua, trattata con gr. 0,04 di cloro attivo, fanno sparire completamente in 10' il cattivo odore e sapore assunto dall'acqua.

La polvere di carbone può essere facilmente eliminata usando un filtro ad immersione molto semplice.

Lo steridrolo in polvere al 20 % di cloro attivo si presenta più energico dell'ipoclorito di calcio, ed offre il vantaggio di una composizione stabile e di lunga inalterabilità, il che lo rende più pratico per usi militari.

L'A. conclude affermando come sia necessario dotare i comandi di Battaglione, di Gruppo, e di Reparti corrispondenti, di apposito materiale che li metta in grado di poter depurare, in qualsiasi circostanza, acque non sicure. C. ENRICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'anisocitosi dei globuli rossi nella tubercolosi.

Nella tubercolosi i globuli rossi presentano deviazioni minime dalla norma sotto il punto di vista quantitativo: infatti l'anemia tubercolare è moderata, lieve è il deficit emoglobinico, cosicchè il valore globulare rimane vicino all'unità.

M. Filomeni (*Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, marzo 1934) si è proposto di indagare se le modificazioni qualitative dei globuli rossi offrano invece maggiore interesse per quello che riguarda le dimensioni di essi, argomento questo sul quale le opinioni degli AA. non sono concordi.

È merito di Gasuna aver istituito la formula eritrocitometrica che compendia in una visione di insieme il rapporto percentuale delle dimensioni ottenute dalla misura dei singoli globuli.

Per la misura del diametro dei globuli rossi si adoperano metodi fisici, o ad umido o a secco. Il nostro A. preferisce quest'ultimo servendosi di strisci colorati con la miscela May-Gruenwald-Giemsa.

Le osservazioni eseguite riguardano trenta casi riferentisi ad individui affetti da: morbo di Pott, polisierosite, bronco-alveolite, tbc. polm. caseosa, peritonite tbc., tbc. miliare.

In tutti i malati ha riscontrato costantemente un prevalere delle forme grandi sulle piccole.

Questo fatto notato nelle forme più varie per evoluzione clinica e per significato prognostico, impedisce di utilizzare la formula eritrocitometrica ai fini della diagnosi e della prognosi delle malattie tubercolari.

L'A. infine spiega questa monotonia macrocitica come l'esponente di una attività rigenerativa midollare risvegliatasi sotto l'azione delle tossine tutbercolari o del materiale proveniente dal disfacimento globulare o di entrambi i fattori insieme. VICENTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI

La prova di Trommer per la ricerca della glicosuria. Al dott. M. Cappelli, da Sorano:

Nella reazione di Trommer, la colorazione caratteristica giallo-mattone compare riscaldando cautamente la provetta con il reattivo; diffidare delle colorazioni tardive, che compaiono dopo prolungata ebollizione, dovute il più spesso ad altre sostanze che hanno potere riducente. Sono queste che danno la colorazione gialla senza precipitato, oppure il precipitato tardivo dopo il raffreddamento; invece, il precipitato dal colore caratteristico che si forma subito dopo il raffreddamento è dovuto a piccole quantità di glucosio.

Tenuto conto di queste cause di errore, la reazione di Trommer è sconsigliabile. Meglio vale usare il liquido di Fehling, che si prepara estemporaneamente mescolando le due soluzioni (rameica ed alcalina) ed aggiungendo a 10 cmc. del reattivo così formato poche gocce (od anche una sola) di urina. In tal modo, resta esclusa l'azione di sostanze diverse dal glucosio, che hanno un potere riducente molto inferiore a questo. Meglio ancora usare il liquido di Benedict, che è costituito da una soluzione sola, di conservazione indefinita e che si usa in quantità di 5 cmc. a cui si aggiungono 8 gocce di urina, facendo poi bollire. *fil.*

VARIA

La tossicità dell'alluminio, secondo la porta d'entrata.

G. Bertrand e P. Serbescu (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, aprile 1934) hanno stabilito, in precedenti esperienze, che l'alluminio non è più tossico del ferro e che, in ogni modo, lo è meno d'altri metalli, come il rame e il nickel, usati nella fabbricazione di utensili di cucina.

Essi hanno adesso proseguito le loro ricerche, studiando le variazioni della sua tossicità a seconda delle porte d'ingresso: ed hanno visto che, introdotto per bocca, l'alluminio è quattro volte meno tossico che introdotto per via ipodermica. V. SERRA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. GATTO. *Ricerche in zona gozzigena.* — Stab. Tip., Genova, 1934.

P. GATTO. *Rilievi sui risultati di profilassi e terapia iodica nel gozzismo attraverso 3 anni di attività nelle Scuole di Vobbia.* — Tip. Sambolino, Genova, 1934.

A. SALMON. *Nuovi dati favorevoli all'ammissione d'un centro epilettogeno nella regione diencefalica.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1934.

E. MARIOTTI e SCIUTI. *Malarizzazione a freddo con iniezioni endovenose e intrarachidee di liquor e di sangue di malarizzati.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1934.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

42° *Dottor A. P.* — La giurisprudenza del Consiglio di Stato ritiene, fermamente, che il Podestà o la rappresentanza consorziale abbia facoltà di libera scelta tra tutti gli idonei. Questo è il sistema della legge, bene interpetrata dal Consiglio di Stato. Il Ministero dell'Interno, però, con le note istruzioni ai Prefetti, considerò vincolante la graduatoria e, quindi, ingiunse alle amministrazioni dipendenti di nominare il primo graduato o in caso di non accettazione di esso il secondo: salvi, si intende, motivi legittimi di esclusione. Le autorità dipendenti si sono uniformate a questi criteri. Il Consiglio di Stato, da parte sua, persiste nella sua giurisprudenza. Il conflitto permane. Se il consorzio eserciterà il potere di scelta liberamente e il Prefetto non approverà la deliberazione, il concorrente nominato potrà ricorrere al Consiglio di Stato in sede giuririsdizionale con sicuro successo. Se, invece, il Consorzio si uniforma alle istruzioni del Prefetto, e dalla deliberazione non risulta che questa determinazione è effetto dell'ordine superiore in base alle note istruzioni, non c'è niente da fare perchè il Consorzio può scegliere nel secondo gruppo.

43° *Dottor A. G.* — La disposizione del capitolato 1925, che estende ai medici condotti, genericamente, « tutte le disposizioni generali concernenti gli impiegati dello Stato », a me non sembra valida. In ipotesi, è troppo generica e, per questa genericità, inconsistente. Sono perciò persuaso che il collocamento a riposo per limiti di età non possa essere deliberato in base alla sola disposizione del regolamento 1925 che richiama le norme generali concernenti gli impiegati dello Stato.

Il Comune dovrebbe procedere alla dispensa dal servizio per inabilità fisica, qualora questa sia regolarmente accertata. Lei potrebbe fare ricorso contro la deliberazione del Podestà alla G. P. A. in sede giurisdizionale, nel termine di trenta giorno dalla notificazione.

44° *Dottor B. B.* — È possibile il trasferimento dall'una all'altra circoscrizione della condotta consorziale. Ma è necessario che il trasferimento sia deliberato dalla rappresentanza del Consorzio, cioè dall'assemblea, in legale adunanza, e il provvedimento sia reso efficace dall'autorità tutoria. Lei, in tal caso, conserverebbe il diritto di stabilità e anche gli aumenti periodici, perchè non si verificherebbe novazione, ma si attuerebbe soltanto un mutamento di circoscrizione, fermo rimanendo il rapporto di impiego.

45° *Dottor S. S.* — La giurisprudenza del Consiglio di Stato ha fissato questa regola: i sanitari condotti non possono essere dispensati per limiti di età se questo potere di dispensa non sia espressamente previsto nel capitolo o nel regolamento organico.

46° *Dottor A. P.* (C). — La indicazione « medico chirurgo ostetrico » è legittima perchè non ne risulta la designazione di specialista.

47° *Dottor G. M.* (P. E.). — Il Comune non può *obbligare* l'ufficiale sanitario a supplire gratuitamente il medico condotto.

48° *Dottor A. E.* (P.). — Le spese per le prime immediate cure sono dovute dal capo o esercente dell'Impresa anche se l'infortunato sia iscritto nell'elenco dei poveri. Sia o non assicurato l'operaio, le indennità sono quelle stabilite dalla legge con norma generale.

La spesa per il primo certificato medico da unirsi alla denunzia dell'infortunio è a carico del capo esercente dell'impresa; la spesa per ogni certificato concernente la continuazione della inabilità o l'esito definitivo della lesione, è a carico dell'istituto assicuratore. Le spese di viaggio in seconda classe, qualora, s'intende, il viaggio del medico sia necessario, sono a carico di chi deve sostenere la spesa per i certificati. È da avvertire che il certificato comprovante la continuazione dell'inabilità deve essere rilasciato gratuitamente dal medico condotto o dall'ufficiale sanitario se l'infortunato sia compreso nell'elenco dei poveri.

Si intendono prime immediate cure, per tassativa disposizione dell'art. 15 del regolamento 1904 n. 141, quei soccorsi di urgenza che è necessario vengano subito prestati all'operaio, compresa la prima medicatura, il conveniente accompagnamento e il trasporto del ferito finchè esso sia costituito in condizioni normali di cura. Alla assistenza successiva non è obbligato l'imprenditore e si provvede, quindi, secondo le norme comuni: se l'infortunato è povero avrà diritto alla cura gratuita; se è abbiente, dovrà remunerare l'assistenza. È da ritenere che la visita fatta all'infortunato qualche giorno dopo l'infortunio, non rientri tra i soccorsi di urgenza che sono a carico dell'imprenditore.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Attività legislativa.

La Camera dei Deputati ha discusso ed approvato varî disegni di legge, tra cui i seguenti:

Un disegno di legge recante nuove norme sugli stupefacenti. L'on. Serono ne ha posto in rilievo l'alta importanza politica e sociale. In merito all'art. 5, il quale commina penalità per i medici che ordinano stupefacenti senza che ve ne sia bisogno o esagerando nelle dosi, l'oratore afferma che tale sanzione non preoccupa i medici italiani che sono nella loro grande generalità superiori ad ogni sospetto; afferma l'opportunità del provvedimento, che completa la serie delle importantissime provvidenze sociali attuate dal Regime;

Un disegno di legge sulla tutela della maternità e dell'infanzia. L'on. Ermanno Fioretti ha raccomandato, riferendosi all'art. 11, che qualora i disturbi del primo periodo della gravidanza dovessero costringere a sospendere il lavoro, sia conservato il posto; il Governo ha dato assicurazioni che i voti espressi saranno tenuti presenti nel formulare il regolamento;

Un disegno di legge recante l'autorizzazione alla spesa di 187 milioni per il completamento dell'acquedotto pugliese; gli on. Mancini e Caradonna hanno rilevato i benefizi che ne deriveranno.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACIREALE (*Catania*). *Comune*. — Scad. 15 ag.; direttore del dispensario antitubercolare; titoli; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; stip. L. 5280 già decurtato del 12 %, oltre L. 440 trasp., c.-v.; 5 quadrienni dec.

ANZIO (*Roma*). — Scad. 31 lug.; 1ª condotta; L. 8500 ridotte, 5 quadrienni dec., c.-v.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 30 apr. Chied. avviso.

AQUILA. *R. Prefettura*. — Scad. 30 giu., ore 12; uff. san. del Capoluogo; titoli ed esami; età limite 45 a. al 30 apr.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10; stip. L. 16.000 ridotte, 4 quinquenni dec.; divieto libera profess. Chied. avviso.

AREZZO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 30 giu.; direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; titoli ed esami; L. 18.000 ridotte; 5 quadrienni dec.; indennità di trasferta; età limite 45 a. al 30 apr.; tassa L. 50,05. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

AVELLINO. *R. Prefettura*. — Scad. 90 giorni dal 9 apr.; due ufficiali sanitari (per Serino ed uniti e per Rocchetta S. Antonio); rispett. L. 6500 e L. 6000, oltre L. 3000 e L. 1000 trasp.; riduz. di legge; tassa L. 50; doc. a 3 mesi; titoli ed esami.

BARI. *Amministraz. Prov.* — Scad. 30 giu., ore 12; coadiutore nella Sezione Med.-Microgr. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000, oltre L. 4000 serv. att.; riduz. 12 %; compartecipaz.; titoli ed esami; età limite 35 a. al 20 apr.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50.

BISCARI (*Ragusa*). — In data 10 maggio è stato bandito da S. E il Prefetto di Ragusa, il concorso per titoli ed esami al posto di Ufficiale Sanitario del Comune di Biscari. Lo stipendio assegnato è di L. 5280 al lordo delle ritenute di legge con diritto a 4 aumenti quadriennali del decimo dello stipendio. La popolazione del Comune è di 4130 abitanti e la estensione di ettari 12,636. All'Ufficiale Sanitario è fatto obbligo se gliene verrà affidato, volta per volta, l'incarico di sostituire il medico condotto durante le assenze, ed in tali occasioni percepirà una diaria di L. 25. I concorrenti debbono presentare alla Prefettura di Ragusa, entro 45 giorni dalla data del bando i documenti di rito oltre ad un elenco, in doppio originale, dei documenti presentati. Età massima 45 anni, salvo le eccezioni di legge. Gli esami verteranno sul programma stabilito con D. M. 6-2-1926. Ai concorrenti ammessi verrà comunicata la data e sede degli esami. Tassa di concorso L. 50,20. Per altri chiarimenti rivolgersi all'Ufficio del Medico Provinciale di Ragusa.

CANOSA DI PUGLIA (*Bari*). *Ospedale « Caduti in Guerra »*. — Scad. 7 giu.; ostetrico pel Reparto Maternità, chirurgo assistente ordinario pel Reparto Chirurgico e medico assistente ordinario pel Sanatorio infantile; stipendi rispettiv. L. 2000, L. 2000 e L. 4000, ridotte; gettoni di presenza L. 20; età limite 40 a. Rivolgersi Segreteria Congregazione di Carità.

CASACANDITELLA (*Chieti*). — Per titoli, posto di medico-chirurgo-ostetrico. Stipendio annuo lire 9000. Qualora venga incaricato delle funzioni di Ufficiale Sanitario, sarà corrisposta una indennità annua di L. 500. Per il mezzo di trasporto (l'obbligo è di tenere un cavallo) verrà corrisposta la indennità annua di L. 1500. I sopradetti assegni sono al lordo di ogni ritenuta di legge e sono ridotti del 12 % come da decreto 20-11-1930 n. 1491 e delle altre trattenute come per legge. Le domande accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 10 luglio 1934.

CASERTA. *Municipio*. — È revocato il concorso a med. cond. della frazione di Casagiove; sarà bandito altro concorso.

CASSIGLIO (*Bergamo*). — Concorso, per titoli, al posto di Medico Condotto Consorziale per i comuni di Cassiglio, Valtorta ed Ornica, con obbligo di residenza in Cassiglio. Stipendio annuo di residenza L. 11.000. Indennità per Ufficiale Sanitario annue L. 500; id. di ambulatorio annue L. 500; id. di trasporto, obbligatorio con automobile oppure con cavallo, L. 3000. Addizionale di legge per gli inscritti negli annuali elenchi dei poveri. Indennità caro viveri nella misura stabilita per gli impiegati dello Stato. Detti emolumenti sono al lordo da tutte le trattenute stabilite dalle Leggi e dalle disposizioni vigenti. La domanda in bollo da L. 3 accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Cas-

siglio, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 10 giugno 1934-XII. Tassa L. 50,10.

CIANCIANA (*Agrigento*). — Concorso, per titoli ed esami, al posto di Ufficiale Sanitario. Stipendio lire 7000 al lordo delle ritenute e riduzioni di legge, con quattro aumenti quadriennali di un decimo. Tassa di concorso L. 50. Domanda e documenti alla R. Prefettura di Agrigento entro il 5 luglio 1934-XII.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scad. 31 mag.; per Morra; L. 7000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v.; trasp. L. 500-2000-4000.

COMO. *R. Prefettura.* — Scad. 30 giu., ore 18; uff. san. del Consorzio fra Bellano e uniti; L. 15.000 oltre L. 3500 trasp., indennità visite ecc.; trattamento e riduzioni di legge; titoli ed esami; doc. a 3 mesi del 1° mag.; età limite 45 a.; tassa L. 50,10.

FORLÌ. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Proroga a tutto il 31 mag.; medico direttore della Sezione dispensariale di Cesena.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Scad. 15 giu., ore 15; aiuto chirurgo; L. 5000; ritenute; percentuale 12 %; titoli ed esami; età limite 45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 mag.; 3 anni di laurea. Chiedere avviso.

LIMONE SUL GARDA (*Brescia*). — Scad. 14 lug.; L. 7920 e 6 quadrienni dec., oltre L. 440 uff. san.; ritenute; addizionale L. 3 sopra il 20 % della popolaz.; tassa L. 50.

MILIS (*Cagliari*). — Scad. 15 giu.; L. 10.500 e 4/10 quinquennali, oltre L. 3000 cavalc., c.-v.; al lordo del 18 %. Età limite 35 a., tassa L. 50,10.

MONTEODORISIO (*Chieti*). — Concorso, per titoli, al posto di medico chirurgo condotto. Scadenza dieci agosto 1934. Stipendio annuo lordo da tutte le ritenute L. 8700. Cinque quadrienni decimo. Per eventuale incarico di Ufficiale Sanitario L. 500. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

NISCEMI (*Caltanissetta*). — Scad. 7 lug.; L. 8000 e 5 quinquenni di L. 700; ritenute; età lim. 40 a.

PADOVA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 10 luglio 1934 è aperto il concorso al posto di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale annuo L. 12.000, sei aumenti periodici di un decimo. Servizio attivo annuo lire 1800. Compartecipazione del 10 % sui proventi di Laboratorio. Indennità caro-viveri come gli altri impiegati. Il tutto ridotto delle trattenute di legge. Chiedere manifesto alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Padova.

PADOVA. *Comune.* — Scad. 10 giu.; 5° reparto; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 serv. att., L. 800-1200-1600-3000 trasp., L. 500-600 ambulat.; età limite 40 a. al 25 apr.

PALERMO. *Comune.* — Scad. 90 giorni dal 29 aprile. Titoli ed esami. Ispettore d'igiene; lire 16.000 e due quadrienni fino a raggiungere lire 17.800, oltre L. 4200 serv. att. e L. 1000 indennità di giro.

Assistente nell'Istituto Antirabico; L. 11.000 e 3 quadrienni fino a raggiungere L. 13.700, oltre L. 2800 serv. att., c.-v. Riduzioni.

ROCCO D'INTRA (*Novara*). *Ospedale Civile di San Rocco.* — Scad. 31 mag., ore 18; direttore; età lim. 40 a.; L. 4000 ridotte; 4 quinquenni dec.; compartecipaz.; docum. a 3 mesi dal 5 mag. Chiedere avviso; rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

TOSCOLANO-MADERNO (*Brescia*). — Concorso, per titoli, alla condotta medico-chirurgica. Il posto è retribuito con i seguenti assegni in ragione d'anno, al lordo delle trattenute di legge e della riduzione del 12 % di cui al R. Decreto 20-11-1930 N. 1491. Stipendio iniziale L. 9000 aumentabile di un decimo ad ogni quinquennio maturato e per sei quinquenni; indennità di trasporto lire 3000; assegno di L. 3 per ogni povero in più del 20 % della popolazione; indennità caro viveri nella misura e per la durata in cui verrà corrisposta agli altri dipendenti del Comune. La domanda in carta da bollo da L. 3, accompagnata dai prescritti documenti l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Municipale di Maderno, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 14 giugno 1934-XII.

VENEZIA-LIDO. *Ospedale al Mare.* — Scad. ore 18 del 15 giu.; medico assistente di medicina; età limite 30 a.; un anno di assistentato effettivo in medicina generale o in pediatria; doc. a 3 mesi dal 10 mag.; nom. biennale; servizio entro 15 gg.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 28 giu., ore 18; direttore medico e primario della Sezione pediatrica.

VERONA. *Comune.* — Scad. 30 giu.; VIII e XXIII Reparto; rispett. L. 9000 e L. 8000 e quadrienni, oltre L. 1700 e L. 1400 serv. att., c.-v.; per la 2ª condotta L. 4000 trasp.; riduzioni; età limite 35 a. al 12 mag.; tassa L. 50,10.

VILLANOVA MONTELEONE (*Sassari*). — Scad. 30 giu.; per Putifigari; L. 10.500 al lordo del 12 e 6 %, senza c.-v.; tassa L. 50,10.

VOGHERA (*Pavia*). *Ospedale Civile.* — Concorso, per titoli, ad Aiuto chirurgo. Stipendio L. 4500; 5 aumenti quadriennali; L. 10 e vitto per ogni guardia; percentuali 20 % sui proventi di pensionanti. Ritenute di legge. Limiti di età anni 40. Scadenza 12 giugno 1934. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Consiglio Amministrativo dell'Istituto Pasteur di Parigi ha nominato direttore il dott. Luigi Martin e vice-direttore il dott. Gastone Ramon; ha costituito un Consiglio Scientifico e ne ha affidato la presidenza al prof. Giulio Bordet, di Bruxelles.

Si tratta di tre scienziati di fama mondiale, che hanno recato contributi decisivi alla medicina e all'igiene.

I premi annuali della « Fondazione Castellino » per l'anno accademico 1932-1933, in L. 1000 ciascuno, sono stati assegnati al dott. Antonio Iovano e alla dott. Adelaide Amendola, laureati a Napoli nel 1933 col massimo dei punti e la lode, svolgendo rispettivamente le seguenti tesi di laurea: « Glutatione e tubercolosi (ricerche clinico-sperimentali sul glutatione ridotto degli eritrociti circolanti nella tubercolosi pulmonare e sue modificazioni in seguito alla epatoterapia) »; « Sulla tubercolosi del miocardio (contributo anatomo-patologico e sperimentale) ».

Il prof. Emile Bardier è stato eletto decano della Facoltà medica di Tolosa.

Il prof. Max Baur è chiamato alla cattedra di farmacologia di Francoforte sul Meno, quale successore del prof. W. Lipschitz.

Il prof. Ernst Külper è chiamato alla cattedra d'igiene di Francoforte s. M., quale successore di Max Neisser.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso Internazionale di Elettro-Radio-Biologia.

La Società internazionale di Radio-biologia comunica che S. E. Benito Mussolini, in base a parere favorevole del Consiglio Nazionale delle Ricerche, ha approvato il 1° Congresso internazionale di Elettro-Radio-Biologia, che si svolgerà a Venezia, nel palazzo ducale, dal 10 al 15 settembre 1934.

Il Congresso sarà presieduto da S. E. il marchese Guglielmo Marconi, presidente della Reale Accademia d'Italia, presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche, senatore del Regno e da S. E. il conte Giuseppe Volpi di Misurata, ministro di Stato, senatore del Regno.

Scopo del Congresso è di invitare a discussione i cultori delle ricerche fisiche, chimiche, biologiche, naturali e mediche sulle azioni biologiche di tutte le radiazioni per coordinarne le rispettive indagini.

Mentre il biologo udrà dal fisico le basi teoriche e sperimentali delle ricerche sui fenomeni vibratori e corpuscolari, il fisico e il fisico-chimico udranno dal biologo quali possono essere le influenze che hanno questi fenomeni sugli elementi cellulari, sui complessi tissurali e sui processi organici. Verranno anche trattate le più moderne acquisizioni sulle correnti di azione.

Oltre a ciò gli organizzatori del Congresso sperano di determinare un nuovo orientamento radio-biologico di molte delle attuali ricerche fisiche e biologiche.

L'interesse di questo congresso è così notevole che giustifica il favore con il quale è stato accolto dagli studiosi di tutto il mondo, fra i quali: Emil Abderhalden (Haale a S.); Alexandre Belak (Budapest); Rita Brunetti (Cagliari); Alexis Carrell (New York); A. Castaldi (Cagliari); Arthur A. Compton (Chicago); William D. Coolidge (Schenectady, N. Y.); D'Arsonval (Parigi); Duc de Broglie (Parigi); Friedrich Dessauer (Francoforte s. M.); V. Ducceschi (Padova); Carlo Foà (Milano); Albert Fischer (Copenaghen); Alexandre Gurwitsch (Leningrado); Otto Glasser (Cleveland, Ohio); Gola (Padova); C. P. Haskins (Chenectady, N. Y.); Herlitzka (Torino); R. Kienböck (Vienna); N. K. Koltzoff (Mosca); Svend Lomholt (Copenhaghen); L. Lichtwitz (New York); J. Magrou (Parigi); Robert A. Millikan (Pasadena, Calif.); D. G. Marinesco (Bucarest); E. Moreau (Clermont); G. A. Nadson (Leningrado); S. S. Nehru (Fatehpur, India); M. Nemenow (Leningrado); J. L. Pech (Montpellier); Ludwig Pincussen (Berlino); Pugno-Vanoni (Padova); V. Riviera (Perugia); Claude Regaud (Parigi); Angel Roffo (Buenos Aires); Sir C. V. Raman (Bangalore, India); O. Roche (Lipsia); Bruno Rossi (Padova); G. Viale (Genova); S. Valentiner (Clausthal-Zeller); Otto Warburg (Berlino); R. W. Wood (Baltimora); ecc., ecc.

Le applicazioni delle radiazioni alla medicina e alla terapia non verranno trattate in questo congresso, che si prefigge di studiare i fenomeni chimici e biologici in rapporto alle radiazioni.

Per ogni ulteriore informazione rivolgersi al segretario generale del Congresso dott. Giocondo Protti, Canal Grande, S. Gregorio 173 - Venezia.

2° Congresso internazionale di storia delle scienze.

È indetto a Madrid dal 7 al 14 ottobre, sotto la presidenza di Eduardo García del Real; è stato dichiarato ufficiale dal Governo spagnolo. Sarà diviso in 4 Sezioni. Sono ammessi tutti gli idiomi europei; i congressisti dovranno però presentare un riassunto in francese, di non oltre 250 parole. Quota: 50 pesete per i congressisti, 30 per le persone che li accompagnano. Al Congresso verrà annessa una esposizione di oggetti e libri e se ne farà il catalogo illustrativo. Il Comitato organizzatore procederà d'intesa col « Patronato nazionale del turismo » e col « Sindacato delle Iniziative » affinchè vengano fatte condizioni di favore ai congressisti. Rivolgersi al segretario generale, prof. Francisco Vera, calle de Caracas 8, Madrid (4), Spagna.

Il nuovo edificio della Clinica Medica di Bologna.

Il 22 aprile fu solennemente inaugurato, all'augusta presenza del Re, il nuovo edificio della Clinica Medica di Bologna. A ricevere il Sovrano si trovavano riuniti nell'atrio della Clinica il Magnifico Rettore della R. Università, on. prof. A. Ghigi, i Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e di Medicina Veterinaria, proff. L. Martinotti e P. Gherardini, il Direttore della Clinica, sen. prof. G. Viola, tutti i membri delle due Facoltà, i liberi docenti e gli assistenti degli Istituti clinici. Il Sovrano ha visitato alcune parti dell'edificio, trattenendosi nell'anfiteatro, dove si è degnato di accettare l'omaggio di una copia del « Trattato di Semeiotica » e di altre opere del prof. Viola di recente pubblicazione.

Il nuovo edificio della Clinica, sorto sull'area del Policlinico di S. Orsola in conformità alla

Convenzione edilizia stipulata nel 1928 per il rinnovamento degli Istituti Universitari di Bologna e secondo un progetto dell'ing. G. Rossi, dell'Ufficio Tecnico della locale Amministrazione Ospedaliera, comprende quattro piani, dei quali uno seminterrato. Il piano terreno, sopraelevato, contiene i locali della direzione, l'anfiteatro, una piccola aula sussidiaria, le camere di lavoro per l'aiuto e gli assistenti, l'archivio, il laboratorio con le sue varie sezioni (batteriologia e sierologia, chimica, chimico-fisica, ricambio gassoso, ematologia, esami del liquor, metodi ottici, vivisezione); il gabinetto di elettrocardiografia, alcuni locali per i servizi generali, altri adibiti all'istituto di terapia fisica e infine gli ambulatori. Questi ultimi comprendono quattro sale di visita, due principali (maschile e femminile) e due sussidiari, tutte con annessi spogliatoi; una sala d'aspetto con ingresso indipendente, un piccolo laboratorio per le indagini cliniche estemporanee e gabinetto di rontgendiagnostica con annessa camera di sviluppo. Il primo piano è occupato nella parte centrale dall'istituto centrale di radiologia, annesso alla clinica, comprendente cinque sale per la diagnostica e due per la terapia Roentgen. Nelle due ali sono allogate le Sezioni ospedaliere, maschile e femminile, che ospitano complessivamente 120 malati, suddivisi in quattro reparti; inoltre vi sono alcuni locali per ricerche cliniche (metabolismo basale, grafiche) e il gabinetto di antropometria. Il secondo piano, che si estende solo in corrispondenza del corpo centrale dell'edificio, è destinato ai malati del Reparto a pagamento. Nel piano seminterrato si trovano l'istituto di terapia fisica annesso alla Clinica e la scuola di massaggio. L'istituto comprende una grande sala di ginnastica medica Zander e una serie di locali adibiti alle applicazioni di fototerapia, termoterapia, diatermia, elettroterapia, idroterapia, fangoterapia e alle cure inalatorie. Tutti gli impianti sanitari sono stati forniti dall'industria italiana.

Istituto d'igiene e di medicina sociale.

L'on. Bottai, presidente dell'Istituto nazionale fascista per la previdenza sociale, ha visitato i locali del Palazzo Sciarra, nei quali ha voluto sistemare il nuovo Istituto d'igiene e di medicina sociale che, sulle direttive da lui impartite, inizierà in questi giorni lo svolgimento del proprio programma d'azione.

Una simile attività si riallaccia a quella del vecchio Istituto d'igiene, previdenza ed assistenza sociale fondato dal compianto prof. Ettore Levi, e successivamente passato alla Cassa nazionale per le assicurazioni sociali in virtù della legge 19 dicembre 1928, n. 2925.

L'Istituto medesimo, in relazione alle esigenze dei nuovi tempi e ai progredienti compiti affidati alla previdenza, verrà a costituire un nuovissimo centro di studi e di azione nel campo della medicina sociale, che costituisce ormai il substrato, il metodo e la materia più vasta nell'ambito dell'indirizzo impresso dal Fascismo alla vita della Nazione.

La ricchissima biblioteca ordinata per materie con criteri della maggiore praticità sarà prossimamente aperta al pubblico, mentre la rivista « Difesa sociale » si adeguerà ancora meglio alle nuove esigenze dell'Istituto. Quest'anno verrà curato inoltre il museo di medicina sociale, e costituita una esposizione permanente della previdenza a dimostrazione dei progressi, che le hanno consentito in Italia e per virtù del Fascismo un innegabile primato.

La sezione di propaganda svolgerà un compito di elevazione e di penetrazione igienica, avvalendosi dei mezzi più moderni di obiettivazione, compreso il cinematografo, mentre gli studiosi potranno usufruire dei dati statistici inerenti alle singole attività di tutti i Paesi nel campo della medicina sociale.

L'Istituto si propone infine di completare la propria attività scientifica con la pubblicazione di quelle monografie che tanta simpatia già accolsero nel campo degli studiosi e che documentano nel Paese e all'estero il valido contributo del pensiero italiano in questa branca di studi.

Convalescenziario per operai assicurati.

Il Capo del Governo ha ricevuto l'on. Bottai, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, che ha sottoposto alla Sua alta approvazione la proposta, formulata in un convegno tenuto presso l'Istituto suddetto tra il Prefetto, il Segretario federale, il Preside della provincia e il Podestà di Firenze, per dotare questa città di un grande convalescenziario per i lavoratori assicurati.

Il convalescenziario sorgerà in località Pratolino e sostituirà il progettato Ospedale sanatoriale, pur provvedendo ugualmente a 300 ricoverati. Esso dovrà rispondere alle più moderne esigenze d'ordine scientifico e assistenziale, e avrà altresì una sezione clinica per l'osservazione e la cura delle malattie che presentano la maggiore frequenza nell'ambito dell'assistenza assicurativa.

Il convalescenziario per gli assicurati dei due sessi, rappresenterà quanto di più perfetto sia stato fatto finora in questo campo e costituirà perciò una delle più importanti provvidenze delle assicurazioni sociali per la prevenzione e la cura dell'invalidità.

Il Duce ha approvato la proposta e, lodandone gli intendimenti, ha disposto che i lavori siano iniziati il 24 giugno prossimo.

Per le Colonie estive.

A Palazzo del Littorio, in base alle direttive fissate dal Segretario del Partito, on. Starace, si sta svolgendo alacremente il lavoro di organizzazione dell'assistenza estiva.

Per le Colonie estive, tutte le Federazioni fasciste sono già state invitate a formulare i precisi programmi a cui sono annessi naturalmente i relativi preventivi. Programmi e preventivi sono ora appunto all'esame della Segreteria del P.N.F., che provvederà poi a restituirli approvati ai Segretari federali.

Le direttive a cui gli organi periferici si sono attenuti sono quelle precisate a più riprese dal Segretario del Partito, e si riassumono nella massima utilizzazione dei fondi in maniera che di questa opportunissima forma di assistenza venga a beneficiare il massimo numero di figli del popolo.

Altra cura degli organizzatori sarà quella di sviluppare al massimo grado le Colonie diurne, come quelle che si sono rivelate le più idonee a raggiungere gli scopi che questa forma di assistenza si propone, ed a raccogliere, per il loro minor costo, il massimo numero di assistiti.

Infine sarà sottoposta alle possibili revisioni la distribuzione geografica delle Colonie, onde ottenere che ogni Ente Opere Assistenziali abbia le proprie Colonie nell'ambito della provincia sia perchè la vicinanza facilita il controllo, sia perchè in tal modo si evitano spese non necessarie e dispersioni di forze.

Per virtù di queste opportune disposizioni, a cui sarà data la più scrupolosa attuazione, si può sin d'ora prevedere che le Colonie estive del Partito accoglieranno quest'anno una popolazione infantile assai superiore a quella dell'anno scorso, che pure toccò cifre altissime. Il Partito in tal modo approfondisce e perfeziona sempre più la sua penetrazione nel popolo, con forme di assistenza che si traducono nel benessere delle masse lavoratrici.

Un busto del prof. P. Castellino a Napoli.

Nell'aula di Clinica Medica, al Policlinico della R. Università di Napoli, è stato inaugurato un busto di bronzo in memoria del compianto maestro prof. Pietro Castellino. La pregevole opera è stata eseguita dallo scultore G. Pellegrini.

L'iniziativa delle onoranze è dovuta ad un Comitato costituito da colleghi e discepoli dell'insigne Clinico e presieduto dai sen. proff. Giovanni Pascale e Edoardo Maragliano.

Per espresso desiderio della famiglia dell'Estinto la cerimonia si è svolta secondo il rito fascista e con carattere di stretta ed austera intimità. Tutti i professori ordinari della Facoltà di Medicina erano presenti, insieme ai fedeli discepoli del Maestro. Il sen. Pascale, preside della Facoltà, nel prendere in consegna il busto, ha brevemente rievocata la figura del Clinico scomparso, al quale era legato da vincoli di antica amicizia e di sincera ammirazione. L'on. prof. Niccolò Castellino ha risposto alle parole del preside ringraziando il comitato organizzatore ed il Consiglio di Facoltà Medica.

Hanno aderito l'on. Federzoni, presidente del Senato, l'on. Ercole, ministro dell'Educazione Nazionale, l'on. Acerbo, ministro dell'Agricoltura, l'on. E. Morelli, segretario nazionale dei Sindacati Medici, il direttore della Sanità, S. E. Basile, il Consiglio Nazionale delle ricerche, rappresentato da S. E. De Blasi, e molte Università.

Medici emigrati dalla Germania.

Un funzionario dell'Ufficio federale di sanità della Germania, il Regierungsrat Dornedden, ha raccolto ed analizzato i dati relativi a 284 medici emigrati da Berlino in paesi stranieri, durante il 1933; di 30 non si potè accertare il paese di destinazione; per gli altri esso risulta come segue: Palestina 117, Francia 25, Inghilterra 22, Svizzera 13, Italia 9, Austria, Czecoslovacchia e Polonia 11, Scandinavia e altri Paesi del nord 9, Olanda e Belgio 8, Europa meridionale 5, Lussemburgo 1; fuori d'Europa e della Palestina 34. La relazione del Dornedden ha raccolto dati anche per altri 128 medici emigrati non da Berlino. La percentuale di medichesse fu di 14,8, mentre in Germania essa è di 6,5. I medici di età superiore a 45 anni furono 17,5 %, mentre in Germania sono 39,9 %. Vengono fatte varie altre distinzioni. Malgrado l'incompiutezza dei dati, risulta l'importanza del movimento emigratorio dei medici dalla Germania.

Un po' dovunque.

L'Associazione italiana di medicina legale ha tenuto il 7 aprile, presso la R. Università di Parma, una seduta dedicata ai problemi medico-legali dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali; venne presieduta dal prof. Perrando di Genova.

Il 10 giugno, alle ore 10, avrà luogo presso la R. Clinica chirurgica di Roma la prima riunione per la costituzione della Società Scientifica Italiana di Chirurgia plastica. I chirurgi e specialisti che hanno aderito o intendono aderire sono invitati a parteciparvi.

Il 1° Congresso spagnolo di sanità si è svolto a Madrid dal 6 al 9 maggio, sotto la presidenza del dott. Bardají López. Alla seduta inaugurale, nella sala del Capitolio, intervennero il ministro del lavoro dott. Estadelle, il sottosegretario di sanità dott. Pérez Mateos, il direttore della Sanità dott. Verdes Montenegro, il direttore della beneficenza, sig.na Clara Campoamor e altre personalità.

Il 14° Congresso degli psichiatri polacchi si è adunato a Cracovia dal 14 al 21 maggio. Tema all'ordine del giorno: I disturbi psichici e nervosi di natura reattiva, dal punto di vista eziologico, clinico e psicopatologico.

Dal 14 al 17 aprile si è tenuta a Cincinnati la 13ª assemblea annuale della « National Tuberculosis Association » degli Stati Uniti.

L'11ª assemblea generale dell'Associazione francese delle donne medichesse ha avuto luogo il 28 aprile a Parigi nella « Maison des Centraux » (rue Jean-Goujon 8). Per quanto riguarda l'associazione, rivolgersi alla segretaria generale, Mme Caussé, rue des Saint-Pères 81, Paris VIe.

La Società Napoletana di Chirurgia si è adunata il 1° marzo, sotto la presidenza del prof. L. Torraca, assistito dal segretario prof. F. Buonomo La Rossa. Furono fatte comunicazioni da L. Torraca, N. Caprioli, L. Sanguigno.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 2, il 16 e il 30 marzo e il 13 aprile, sotto la presidenza del prof. M. Donati; vi furono fatte 21 comunicazioni.

La Società Piemontese di Chirurgia si è adunata il 3 marzo, sotto la presidenza del prof. O. Uffreduzzi; vi furono fatte dodici comunicazioni.

La Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 18 gennaio, il 22 febbraio e il 19 aprile; vi furono fatte 9 comunicazioni.

Il Gruppo Otologico Triveneto si è adunato a Padova il 18 marzo; furono fatte comunicazioni da F. Benciolini, F. Brunetti, P. G. Cantele, G. Pieri, E. Rimini, G. Zanni, L. Rusca, G. Carrari, E. Rubaltelli, K. Arslan.

La Sezione di Palermo della Società Italiana di Biologia Sperimentale si è adunata il 24 marzo sotto la presidenza del prof. U. Lombroso assistito dal segretario dott. G. Sarzana; furono fatte 15 comunicazioni.

Si è tenuto a Trieste il primo Convegno provinciale dei medici dell'Opera Balilla. All'inaugura-

zione, che ebbe luogo il 10 maggio, intervennero il prefetto Tiengo, il comandante del corpo d'armata generale Pirzio Birola, il segretario generale dott. Perusino. Vennero trattati vari problemi di medicina e d'igiene relativi all'infanzia e alla elevazione fisica della stirpe.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 27 aprile, l'1, il 4 e l'11 maggio, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. F. Donini. Nella prima di queste sedute furono fatte comunicazioni dai proff. G. Sai e M. Comel; nella seconda dal prof. P. Pincherle, dal dott. A. Papole e dalla dott. L. Chiuminatto; nella terza il prof. E. Ettorre tenne una conferenza sul trattamento moderno delle fratture; nella quarta ebbero luogo tre comunicazioni del prof. P. Jacchia.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 5 aprile, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. G. Gallina. Furono fatte 10 comunicazioni.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 4 maggio; furono fatte comunicazioni dai soci G. Rossi, G. Ronfini, Del Grisogono, S. Polizzi, Menichella.

All'Istituto di Studi Romani va tenendosi una serie di conferenze sull'Agro Pontino, redento dal Regime. Segnaliamo una conferenza del prof. G. Alessandrini, che ha trattato il tema dell'organizzazione sanitaria nell'Agro Pontino.

Presso le RR. Terme di Salsomaggiore, dal 28 maggio al 7 giugno 1934, si terrà un Corso di Cultura Medica, col Patronato della Associazione Medica Italiana di Idroclimatologia.
Hanno dato la loro adesione alte personalità della medicina italiana.
Tassa di iscrizione per medici L. 150; per studenti di medicina del VI anno L. 80 (compreso il certificato di regolare frequenza). Ribassi ferroviari del 50 %.
Iscrizioni, accompagnate dalla tassa, all'Ufficio di Segreteria del Corso presso l'Ufficio Propaganda delle RR. Terme.

Le « Forze Sanitarie » hanno pubblicato un numero straordinario destinato alla casa rurale; vi hanno collaborato gli on. Acerbo, Di Crollalanza, Biagi, Del Bufalo, Muzzarini, Angelini, Cencelli, Morelli, i proff. De Blasi, Bocchetti, Mariotti-Bianchi, Ronzani, Messini e il dott. C. Di Marzio. Il problema della casa viene illustrato nei varî aspetti edilizio, igienico e sociale, a commento del discorso pronunziato dall'on. Mussolini nella seconda assemblea quinquennale del Regime. Lo stesso fascicolo illustra l'Istituto della Sanità Pubblica.

Sulla casa rurale nei riguardi igienici e sociali è stata pubblicata una serie di articoli dal prof. Missiroli, sul « Popolo d'Italia ».

Si è riunito il Consiglio direttivo della Federazione provinciale romana dell'O. N. M. I., sotto la presidenza di Don Piero Colonna.

L'Umfia, Unione Medica Latina, ha inaugurato un busto di George Clemenceau (il quale notoriamente era medico) a Les-Sables-d'Olorme; il presidente dell'Umfia, prof. Dartigues, ha pronunziato un efficace discorso. Un altro monumento del « Tigre » sorge a Parigi.

Nel Municipio di Bengasi si è svolta la cerimonia della consegna di una medaglia d'oro al prof. dott. Girolamo Lionti, chirurgo di raro valore, che per un decennio ha diretto quell'Ospedale coloniale, acquistando benemerenze e larga estimazione. Erano presenti le maggiori autorità coloniali e notabilità arabe.

La « Schweizerische Medizinische Wochenschrift » ha destinato il N. 19 (del 12 maggio) ad onorare il prof. F. B. Neger, in occasione del 25° anniversario di fondazione — da parte dello stesso — della policlinica otolaringologica universitaria di Zurigo. Il fascicolo contiene 14 lavori.

Il sig. Augusto Andreoli, commerciante, morto a Bologna, ha lasciato 900.000 lire all'Istituto « C. A. Pizzardi »; il cospicuo lascito agevolerà la prevista costruzione di un ospedale per malati acuti.

Durante la riunione annua dell'Associazione Farmaceutica Americana — dal 7 al 12 maggio, a Washington — venne inaugurato l'Istituto Americano di farmacia, ove avrà sede l'associazione; il bell'edifizio, a un solo piano, oltre l'interrato, è tutto in marmo bianco di Vermont e consta di 24 ambienti, destinati a biblioteca, a museo storico, a sale di riunioni.

Si è fondato a Buenos Aires un Istituto per la diagnosi dei neoplasmi e affidato al prof. Domingo Merlo, anatomo-patologo; avrà precipuamente lo scopo delle biopsie per la diagnosi precoce. Allo stesso scopo provvede anche l'Istituto di medicina sperimentale diretto dal prof. A. H. Roffo. Il primo ha carattere municipale, il secondo universitario.

Nelle università olandesi si sono iscritti molti studenti stranieri. Il ministro della pubblica istruzione ha fatto rilevare che le installazioni di laboratorî e di ospedali divengono insufficienti e perciò intende di provvedere, con sollecitudine, a frapporre gravi ostacoli alle nuove ammissioni.

I medici tedeschi residenti in Olanda hanno costituito una commissione di soccorso morale e materiale ai colleghi esuli dalla Germania. Siccome in Olanda v'è pletora medica e disposizioni recenti vietano di far posto ai medici stranieri negli ospedali e nei laboratori, la commissione ha inviato una circolare in varî Paesi, per sapere quali di questi offrano possibilità di ospitare dei medici.

Il ministro prussiano della scienza, dell'arte e dell'istruzione pubblica, on. Rist, ha emanato un decreto che disciplina gli studî medici, precipuamente allo scopo di evitare che si stabiliscano forti sproporzioni tra i varî insegnamenti — dato che alcuni professori tendono a sviluppare in modo esagerato la loro materia e altri a ridurla. Per quanto riguarda gl'insegnamenti clinici, il decreto stabilisce che quelli speciali debbano essere ristretti ai bisogni dei medici pratici.

L'Università Columbia, di New York, ha creato il nuovo grado di « dottore in scienze mediche »,

che sostituisce il titolo di « master of science » (maestro di scienze); i candidati devono aver fatto almeno tre anni di ospedale e presentare pubblicazioni originali.

Ci è grato di richiamare l'attenzione dei nostri lettori sulla « Revue du Rhumatisme », di cui i dottori Dausset e Gardette hanno iniziato la pubblicazione; essa intende rispecchiare l'intenso movimento di studî determinatosi nel campo del reumatismo. Il primo fascicolo è stato curato dal dott. Mathieu-Pierre Weil, delegato della Sezione francese alla Lega internazionale contro il reumatismo; il secondo lo sarà dal prof. Marcel Labbé, ex-presidente della stessa Sezione; i numeri successivi lo saranno dal prof. Etienne, dai dottori Weissenbach, Grenet ecc.

Il periodico è édito dalla « Expansion scientifique française » (rue du Cherche-Midi 23, Paris); l'abbonamento annuo importa 50 franchi.

Il Consiglio Direttivo della Federazione Nazionale del Commercio all'ingrosso dei prodotti farmaceutici ha discusso gli elementi di valutazione delle attuali condizioni del commercio ed ha fermata la sua attenzione su di una circolare dei produttori, che promette una revisione per quelle specialità il prezzo delle quali non risulti effettivamente adeguato al rapporto di 1 a 3.

Nel nord-ovest del Canadà, presso il « Beaver Lake », si è scoperto un nuovo deposito di pecblenda radifera.

Il 14 maggio certa Giuseppina Lombardi, quarantenne, residente nell'isola di Lussin Piccolo, colpita da un'affezione addominale acuta, venne trasportata mediante un aeroplano della « Società Italiana Servizi Aerei » a Trieste, e ivi operata, con successo, nell'Ospedale.

Il dott. Bergeret, di Parigi, aveva operato, d'urgenza, per un attacco acuto di appendicite complicata a peritonite, una certa signorina Lemierre e dopo la guarigione aveva chiesto 3000 franchi d'onorarî; ma dai genitori di lei ricevette solo 1000 franchi; d'onde un'azione giudiziaria. Il pretore, su perizia del dott. Charlier, gli accordò 2000 franchi; ma egli si è appellato e il Tribunale della Senna (6ª Camera) ha riconosciuto legittima la sua richiesta e ha condannato i resistenti al pagamento integrale dell'onorario e alle spese. Il padre della signorina è un agente delle ferrovie; la madre è portiera nello stabile.

Il Tribunale di Roma (X Sezione Penale) ha condannato, per autolesionismo, 5 operai a 7 mesi di reclusione e 1000 lire di multa ciascuno; ne ha assolto 3 altri, per insufficienza di prove.

A Torino il dott. Giuseppe Tessore, dell'Ospedale di San Vito, mentre procedeva in motocicletta, nel corso V. E., si è scontrato con un autocarro, rimanendo ferito mortalmente.

È morto a Vienna, in età di 69 anni, il prof. Albino Heberda, titolare della cattedra di medicina legale, autore d'interessanti ricerche scientifiche. Più volte ha aggiornato il manuale del suo maestro Hoffmann (giunto ora alla 9ª edizione).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Ann. di Ottalmol. ecc., feb. — GALANTE. Ricerche sperimentali sugli innesti di cornea. — MAC CALLAN. Segni clinici del tracoma.

Rev. Españ. de Tuberc., 2. — J. ALIX Y ALIX. I processi polmonari fugaci.

Münch. Med. Woch., 9 mar. — W. HEUPKE. Consumo e bisogno di proteine nell'uomo.

Journ. A. M. A., 24 feb. — Numero di radiologia.

Radiologia Med., mar. — S. ATTILJ. La roentgenterapia delle laringiti tubercolari e delle tonsilliti croniche.

Lancet, 10 mar. — A. F. HURST. Trattam. del parkinsonismo post-encefalitico. — P. LAZARUS-BARLOW e L. P. B. CHAMBERLANIN. Il valore del siero umano nella setticemia.

Gaz. d. Hôp., 10 mar. — H. ROGER. Le nevralgie facciali.

Arch. Intern. Med., feb. — H. D. KAY. Osteitis deformans. — P. F. RUSSELL. Terapia della malaria.

Acta Med. Scand., III-IV. — M. ODIN e E. WERDINIUS. Metabolismo basale e dieta. — O. CHRISTENSEN e A. L. SCHULTZ. Il tempo di svuotamento dello stomaco.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mar. — M. H. WEINBERG. Trattamento lecitinico di sindromi di sclerosi multipla.

Mediz. Klinik, 9 mar. — H. ULRICI. Ereditarietà e tbc. — E. MAGNUS-ALSLEBEN. Diagnosi della sclerosi aortica.

Rif. Med., 5 mar. — S. FLANDACA. Terapia dell'ascesso polm. con le onde corte.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 mar. — L. LANGERON. Vaso-costrizione parossistica arteriolo-capillare.

Ann. de Méd., mar. — CESTAN e al. Polisclerosi acuta. — P. CAMBIER. Affezioni renali e diabete.

Minerva Med., 10 mar. — P. ALESSANDRINI. Sindrome di Felty. — E. TAGLIAFERRO. Pressione media.

Deut. Med. Woch., 16 mar. — BUSCHBECK. Terapia ormonica in ginecologia.

Rinascenza Med., 15 mar. — F. AMANTEA. Nuovo metodo per la conta delle piastrine.

Giorn. di Cl. Med., 28 feb. — C. NEGRI. Pepsina neutra e benzoato di sodio per via parenterale. — G. FERRO-LUZZI. Creatinemia.

Amer. Journ. Med. Sc., mar. — U. J. WILE e W. M. SAMS. L'ittero nella sifilide. — G. G. DUNCAN e F. FITTER. Azione della gravidanza sul bisogno d'insulina nel diabete. — H. H. DIXON. Amiloidosi renale e insufficienza renale.

Folia Med., 30 gen. — A. FORTUNATO. La pressione cardio-vascol. nei tubercolotici.

Ospedale Psichiatrico, gen. — R. PASQUALINI. Esiti a distanza della piretoterapia nella paralisi pr. — A. VITELLO. Glutationemia negli epilettici. — M. SCIUTI. Assicuraz. obbligatoria nelle malattie mentali.

Rass. di Clinica, Terapia e Sc. Aff., gen.-feb. — C. SERONO e A. CRUTO. Azione degli ormoni pre-ipofisari sulle piante. — G. DEL GUERA. Valutazione del grado di nutrizione.

Journ. d. Prat., 7 mar. — C. ACHARD. Infarto trombo-flebitico del cuore.

Rev. Méd. de Barcelona, feb. — F. DURAN-REYNALS. Fattori d'infezione e fattori di resistenza.

Morgagni, 11 feb. — D. GIORDANO. Piuria colibacillare.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 11 mar. — G. NORSA. Tubercolosi e malattie mentali. — T. CALZOLARI. Ascesso perirenale e pionefriti.

Mediz. Welt, 17 mar. — W. LAHM. Terapia del carcinoma. — C. FOA. Calciemia, calciofissazione, calciomobilitazione.

Münch. Med. Woch., 16 mar. — O. WUTH. Trattam. dei disturbi del sonno. — A. BRÜGGEMANN. Trattam. della tbc. laringea.

Paris Méd., 17 mar. — Numero sul cancro.

Indice alfabetico per materie.

Acqua per le truppe: purificazione . . *Pag.* 831
Adrenalinuria e tubercolosi polm. . . . » 830
Aghi ritenuti in alcune parti del corpo: artifizio di tecnica per l'estrazione . . » 816
Alluminio: tossicità secondo la porta d'entrata . . . . » 832
Anemia infantile associata ad osteoporosi diffusa (sindrome di Cooley) . . » 807
Astenia parossistica da sforzo e surreni » 829
Batteriofagia e terapia batteriofagica . » 823
Bibliografia . . . . » 826
Corioepitelioma dopo gravidanza tubarica . . . . » 828
Diarree del lattante: dieta di mele . . . » 824
Encefalografia: nuova tecnica . . . . . » 820
Femore: apofisite superiore . . . . . . » 803
Giurisprudenza: quesiti . . . . » 833
Glicosuria: prova di Trommer . . . . . » 832
Glutatione: nozioni attuali . . . . . . » 823
Herpes zoster e varicella . . . . » 828
Infezione focale: revisione del concetto » 823
Iniezioni: importanza delle regole di asepsi . . . . » 831
Ipertensione parossistica e tumore del midollo surrenale . . . . *Pag.* 829
Leggi igienico-sanitarie . . . . » 834
Leishmaniosi cutanea autoctona nella prov. di Forlì . . . . » 813
Malattia di Addison a sintomatologia frusta e ad evoluzione prolungata . . » 829
Miastenia progressiva: opoterapia cortico-surrenale . . . . » 830
Paratiroidi: chirurgia 830, 831
Paratiroidi: tumori . . . . » 830
Poliomielite anter. acuta 818, 819
Polmoni: semeiotica . . . . » 828
Reazione di Kahn per la sifilide nei malati di mente . . . . » 828
Sindrome infundibulo-tuberina pseudo-ipofisaria . . . . » 820
Sindromi epato-surrenali . . . . » 830
Stanchezza: fegato e — . . . . » 821
Tetania postoperativa: cura . . . . . . » 831
Tubercolosi: anisocitosi dei globuli rossi » 832
Umidità atmosferica: importanza fisiopatologica . . . . » 825

C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLI — Roma, 4 Giugno 1934 - XII — Num. 22

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Note e contributi: U. Rebucci: Di alcuni segni obbiettivi rivelatori di lesione organica negli antichi commozionati cerebrali.

Osservazioni cliniche: S. Polizzi: Peritonite cronica incapsulante. — B. Mariotti: Contributo clinico alla peritonite incapsulante.

Sunti e rassegne: INFEZIONI: E. Marchiafava: Note sulla malaria. — A. M. Bonanno: Atipie febbrili nel tifo addominale. — T. De Bajkay: Lo stato presente della questione della sepsi tonsillare. — RENI E VIE URINARIE: F. Rathery e P. Froment: Un tentativo di classificazione delle nefriti. — Marion: Falsi calcoli delle vie urinarie. — A. de la Peña: Sullo stato attuale della chirurgia transuretrale nelle malattie della prostata. — M. Pavone: Sulla litotribolapassi. — MILZA: Roy W. Benton: Voluminose cisti della milza. — H. Lehndorff: Il tumore di milza nell'infanzia.

L'attualità scientifica: A. Filippini: L'acqua pesante.

Notizie bibliografica. — Cenni bibliografici.

Storia della medicina: R. Caballero: Celso e lo stato attuale della medicina ai tempi di Augusto.

Accademie, Società Mediche, Congressi: Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara. — R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Sulla diagnosi di reumatismo tubercolare cronico. — I reumatismi della spalla e del braccio. — La terapia calcica dei dolori reumatici. — Il reumatismo gardenalico nelle poliartriti croniche. — Artrite transitoria dell'articolazione dell'anca nell'infanzia. — L'artrite suppurativa del ginocchio. — Contributo alle operazioni sui menischi dell'articolazione del ginocchio. — Resezione economica nell'osteo-artrite tubercolare del ginocchio nel bambino. — La puntura immediata e la mobilizzazione precoce nelle distorsioni del ginocchio. — Risultati lontani delle resezioni del polso per tubercolosi. — Malformazioni del sacro e fenomeni dolorosi sacro-lombari. — SEMEIOTICA: Significato pratico della pressione venosa nello stato di salute e di malattia. — EPIDEMIOLOGIA: Un'epidemia di eritema infettivo. — MEDICINA SCIENTIFICA: La batteriologia delle peritoniti acute. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.

Nella vita professionale: RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO: A. Franchetti: Le norme regolamentari per l'esecuzione dei provvedimenti per la difesa economica della viticultura. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA PER MALATTIE NERVOSE
« VILLA BARUZZIANA » (Bologna).

Di alcuni segni obbiettivi rivelatori di lesione organica negli antichi commozionati cerebrali.

Dott. UBERTO REBUCCI, aiuto.

Credo non sia inutile questo lavoretto sui piccoli segni obbiettivi rivelatori di perturbazione organica dei centri neuro-psichici negli antichi commozionati cerebrali, perchè, specialmente nel campo infortunistico, non è sempre facile orientarsi rapidamente sui residui organici derivati da un trauma e scinderli esattamente da quelli di natura funzionale.

Ad una certa distanza dal trauma i grandi segni di lesione organica dei centri nervosi e delle vie piramidali, che eventualmente si fossero manifestati in conseguenza della commozione cerebrale sofferta, si attenuano sempre più e scompaiono abbastanza rapidamente, lasciando il posto ad un complesso di segni assai più tenaci, che possono essere messi in evidenza anche dopo alcuni anni dal trauma stesso. Sono questi segni che ci permettono di porre un giudizio diagnostico giusto e di valutare esattamente il *quantum* di deficit presentato dall'infermo per il trauma sofferto.

Sento il dovere di rendere qui le più vive grazie al mio Maestro Prof. V. Neri che, con la sua sagacia di finissimo osservatore, mi ha illuminato nei casi più oscuri e mi ha indicato infinite volte la soluzione di ogni problema più complesso con la sua straordinaria capacità di osservare.

Sintomi di perturbazione delle vie piramidali. — Nella grande maggioranza degli antichi commozionati cerebrali non si mettono in evidenza i grandi segni di lesione organica dei centri nervosi e delle vie piramidali che tutti conoscono; la contrattura, la esaltazione dei riflessi profondi, il clono, il segno di Babinski ecc., possono essere evidenti subito dopo il trauma ma poi, grado a grado, sfumano e non sono più riconoscibili. È allora di grande importanza la ricerca dei piccoli segni

rivelatori della perturbazione piramidale, di quelli a carico del sistema nervoso simpatico, del labirinto, dei centri psichici.

Due dei segni di maggiore importanza semiologica, sempre indice sicuro di perturbazione piramidale, sono:

1) la estensione sincinetica dell'alluce;

2) la flessione combinata della coscia sul bacino di Babinski.

Allorchè si fa passare un malato dalla posizione supina alla seduta, con le braccia incrociate sul petto e gli arti inferiori leggermente divaricati, si osserva dal lato malato un movimento sincinetico di lenta estensione dell'alluce. Quando lo si fa passare poi dalla posizione seduta alla supina in modo che il movimento si compia in modo lento e continuo, si osserva dal lato malato una flessione piuttosto lenta della coscia sul bacino per cui l'arto inferiore si solleva dal piano del letto ad un'altezza variabile durante l'ultima parte della curva descritta dal tronco e ricade con ritardo sul letto stesso in confronto con quello del lato opposto.

La flessione combinata della coscia sul bacino può osservarsi anche in ambedue gli arti inferiori simultaneamente ed è allora l'espressione di una antica lesione dei lobuli paracentrali. Qualora insorgessero dubbi sull'influenza della volontà del malato nel determinarsi di tale movimento, ci si oppone al movimento di flessione del tronco, applicando e premendo con la mano a piatto sulla fronte del soggetto. Questo accorgimento varrà il più delle volte a deviare l'attenzione del malato ed a permettere un'osservazione esatta del fenomeno.

Un 2° sintomo di perturbazione delle vie piramidali è quello che si riferisce alla *reflessività profonda degli arti;* anche a grande distanza dal trauma si mette generalmente in evidenza dal lato malato, una prevalenza della risposta riflessa alla percussione del tendine e delle superfici osteo-periostali, in rapporto con quelle corrispondenti dal lato opposto.

Per impedire che l'apprezzamento di una lieve iperreflessività profonda sia errato, occorre ripetere l'esame neurologico a qualche distanza di tempo e valutare le piccole differenze delle risposte riflesse esistenti fra i due lati con leggerissime percussioni ottenute a mezzo del comune martello da riflessi sui tendini e sulle superfici ossee riflessogene. Con tale accorgimento ci si potrà render conto anche di lievi differenze nel comportamento dei riflessi profondi.

Un 3° segno di perturbazione piramidale è l'*adduzione* o la *flesso-adduzione del piede alla percussione del malleolo esterno.*

Quando nell'individuo sano, in posizione supina, si afferri il calcagno con una mano e si percuota con l'altra armata di martello il malleolo esterno del piede, non si osserva in questo alcun movimento, alcuna risposta riflessa.

In condizioni patologiche si osserva invece che la percussione del lato malato è immediatamente seguita da un movimento di adduzione del piede o di flessione plantare o dei due movimenti insieme (flesso adduzione del piede). Tale movimento avviene sempre in modo lento e piuttosto ampio.

Un altro segno obbiettivo rivelatore di perturbazione piramidale è quello messo in evidenza dal Prof. Neri a mezzo dell'*eccitazione catodica idroelettrica delle estremità distale degli arti.*

Se si fa passare una corrente gradualmente crescente attraverso le mani od i piedi di un soggetto normale immersi in una bacinella di acqua tiepida, si ottiene sia per la corrente anodica che per quella catodica lo stesso risultato e cioè la flessione bilaterale e simultanea delle dita.

Nei casi patologici si osserva invece che lo aumento graduale della corrente discendente o catodica determina dal lato malato una estensione della mano o ad una estensione dell'alluce che fanno netto contrasto con il movimento di franca flessione dei segmenti corrispondenti dal lato opposto.

Come avverte giustamente l'A. nelle sue memorie (R. N., T. 1. N. 1, gennaio 1924) gli arti debbono essere in istato di completo abbandono durante l'esperimento; non deve esistere in essi ipertonia, la posizione degli elettrodi deve essere assolutamente mediana in modo che gli arti siano simultaneamente, attraversati da una stessa quantità di corrente e l'intensità della corrente non deve raggiungere gradi troppo alti per non dar luogo a risposte errate. Poichè nei postumi di commozione cerebrale la via piramidale non è che lievemente perturbata, questo metodo di esame non dà sempre risultati positivi e netti. Spesso l'eccitazione idroelettrica dal lato ove sono stati messi in evidenza segni di perturbazione di grado lieve, determina risposte incerte ed associazione di altri movimenti (flessione dell'avambraccio sul braccio, abduzione dell'avambraccio, estensione delle ultime dita della mano ecc.), che però debbono essere considerati di carattere patologico in quanto non si osservano mai nell'individuo sano.

Riepilogando: il movimento sincinetico della flessione combinata della coscia sul bacino, l'accentuazione della reflessività profonda da un lato, la adduzione o la flesso-adduzione del

piede alla percussione del malleolo esterno, la inversione unilaterale della risposta nel movimento delle estremità distali degli arti all'eccitazione idroelettrica, sono i piccoli segni rivelatori di perturbazione piramidale che si riscontrano all'esame obbiettivo nei postumi della commozione cerebrale.

Sintomi di perturbazione del sistema nervoso vegetativo. — L'esame del sistema nervoso vegetativo mette in evidenza negli antichi commozionati cerebrali alcune turbe di funzione che, come per il sistema nervoso centrale, non si manifestano con i grandi segni di lesione vasomotoria, ma con piccoli sintomi che vanno diligentemente e pazientemente ricercati.

Quando si ricerca in questi malati il *dermografismo* strisciando con una punta smussa sulla superficie cutanea, si osserva dal lato malato o un'accentuazione od una persistenza maggiore del normale della stria rossa o la apparizione di strie bianche a volte anche accentuatissime e durevoli o di strie rosse al centro e bianche alla periferia, spesso così evidenti da dare l'impressione di essere rilelevate sulla superficie cutanea. Il confronto del comportamento della reazione vasomotoria fra i due lati del corpo sarà sempre assai interessante e permetterà il più delle volte di rilevare con sufficiente facilità, squilibri della funzione vasomotoria anche di lieve entità.

E così oltre l'anomalo comportamento del dermografismo, si può osservare l'anormale modo di reagire agli stimoli della *sudorazione, della orripilazione, alla risposta alla perfrigerazione.*

Per la prima, si osserva spesso, anche senza ricorrere agli agenti fisici e chimici provocatori del sudore, che esiste nelle condizioni normali di ambiente, un'accentuazione della sudorazione di un lato del corpo in confronto con l'altro sicchè mentre in quello vi sono segni evidentissimi di *ipersecrezione* sudorale, in questo tale fenomeno non esiste affatto.

La ricerca dell'*orripilazione* che si ottiene pizzicando il margine anteriore del muscolo trapezio o strofinando con ghiaccio la nuca del malato, svela spesso asimmetrie fra le due parti del corpo in rapporto alla precocità, all'intensità ed all'estensione del riflesso pilomotore stesso.

Una ricerca assai interessante in questo campo è quella che tende a dimostrare il modo di reazione del sistema vasomotorio di fronte alla perfrigerazione. Se in un individuo normale si immergono ambedue le mani in una miscela di acqua e ghiaccio per 5 minuti, poi, estratte le mani dal liquido, si prende sistematicamente la temperatura cutanea fra le dita delle mani stesse, si osserva una progressiva ed abbastanza rapida ripresa della temperatura che non solo raggiunge il limite massimo stabilito prima della prova in ambedue le mani, ma lo sorpassa di 2-3 centigradi per ritornare al valore primitivo nello spazio di circa mezz'ora.

In condizioni patologiche tale prova dà risposte quanto mai interessanti; si può osservare così nella mano del lato malato, dopo la immersione una discesa della temperatura ad un livello più basso di 1-3 centigradi in confronto con quella del lato sano, una ripresa della temperatura assai più lenta ed irregolare ed un arresto anche per alcune ore ad un valore nettamente più basso di quello riscontrato prima dell'esperimento. Queste turbe vasomotorie sono l'espressione di un risentimento dei centri vasomotori cerebrali e bulbari, e sono abbastanza frequenti ad osservarsi nei postumi della commozione cerebrale. Si dovrebbero aggiungere le turbe vegetative, messe specialmente in rilievo dai numerosissimi lavori della scuola francese, Logre e Bouttier, Babinski, Froment, Claude, Laignel Lavastine, Guillain, Barré, Duret ecc... hanno illustrato nel modo più completo tutti i sintomi della perturbazione vasomotoria post-commotiva o non ed io rimando ai classici lavori dei suddetti AA. per la descrizione delle turbe iniziali e tardive del respiro, del polso, della funzione pupillare, del fondo oculare, della tensione arteriosa, della funzione sessuale, del liquido cerebrospinale, del sonno ecc., perchè tali studi esorbitano dal campo limitato che io mi sono prefisso di mantenere.

Sintomi di perturbazione labirintica. — Ma non è solo il sistema piramidale o quello vasomotore che presentano segni di perturbazione secondari a commozioni cerebrali. Il labirinto posteriore è certo uno dei sistemi che, più facilmente presenta segni di alterata funzione di questi malati.

Non intendo certo ripetere qui tutte le prove che svelano una perturbazione labirintica, in quanto gran parte di queste appartengono al campo otoiatrico e le più comuni (nistagmo calorico di Barany, segno di Romberg ecc.) sono conosciute da tutti i medici. Voglio solo descrivere la prova della vertigine galvanica la quale rende sempre preziosi servizi nella ricerca dei sintomi di perturbazione labirintica perchè si sottrae completamente alla volontà dello esaminando e dà quasi sempre risposte chiare e che non lasciano dubbi.

Introdotta in clinica dal Babinski nel 1901, più tardi perfezionata da Delherne e Cl. Vincent, consiste nel far passare una corrente gal-

vanica progressivamente crescente, per mezzo di due elettrodi di piccolo diametro (2-3 cm.) applicati davanti al trago, uno da un lato e uno dall'altro.

Prima di procedere all'esperimento, è necessario assicurarsi da quale parte sia situato il polo positivo, perchè è appunto da questo lato che il capo dovrà inclinarsi durante la esperienza. Il polo positivo si riconosce facilmente dal negativo con due piccoli accorgimenti:

1) immergendo il filo nudo che corrisponde al polo positivo nell'acqua ed aumentando la tensione, si osserva il formarsi intorno al filo metallico di numerose bollicine di gas che non si presentano pel polo negativo;

2) saggiando con la punta della lingua il filo metallico e facendo passare una leggera corrente attraverso di esso, si ha una sensazione nettamente acida se il polo è positivo, indifferente se è negativo.

Al passaggio della corrente nell'individuo a labirinti normali, si nota, come si è detto sopra, un'inclinazione del capo dal lato del polo positivo.

Nei casi di perturbazione labirintica unilaterale si osservano invece risposte assai diverse. Nella grande maggioranza dei casi si mette in evidenza un'inversione della vertigine galvanica; al passaggio di corrente il malato presenta cioè una franca inclinazione del capo e del tronco verso il polo negativo, quando il positivo eccita il labirinto leso e invece una inclinazione del capo e del tronco verso il polo positivo, quando questo eccita il labirinto sano. Si verifica cioè la caduta costante del capo e del tronco verso il lato sano qualunque sia l'ordine dei poli impiegati.

Oltre a questi due movimenti di inclinazione laterale del capo e del tronco si osservano spesso degli equivalenti di essi che hanno lo stesso valore semeiologico. E così l'eccitazione di un labirinto posteriore leso può dar luogo ad una inclinazione del capo e del tronco verso l'avanti o verso l'indietro o ad una rotazione più o meno ampia del capo e del tronco su sè stessi.

***

Le commozioni cerebrali determinano spesso, oltre che risentimenti sulle vie piramidali, sul sistema vasomotore e sui labirinti, anche perturbazioni sulla sfera psichica del malato e tali perturbazioni si manifestano con taluni sintomi soggettivi ben definiti sui quali credo sia opportuno fissare brevemente l'attenzione.

I malati che presentano tali disturbi sono, quasi senza eccezione, considerati isterici o simulatori, perchè assai imperfettamente si conosce l'insieme delle varie manifestazioni isteriche e perchè sempre si tende a pensare alla simulazione quando si ascoltano i lamenti di un infortunato.

I sintomi che ci interessano hanno però in sè stessi i caratteri che li differenziano abbastanza agevolmente da quelli di natura funzionale; sono cioè costanti in ogni individuo che abbia sofferto di commozione cerebrale, sono espressi dai malati con parole e frasi quasi stereotipate, sono generalmente la conseguenza logica e l'espressione palese della disfunzione di quei sistemi che hanno già mostrato obbiettivamente di aver sofferto in conseguenza del trauma.

Cefalea: non esiste, si può dire, commozionato cerebrale che non si lamenti di questo disturbo. I dolori di testa in tali malati si presentano diffusi a tutto il capo subito dopo il trauma, poi gradatamente, si riducono alla zona colpita; per la qualità sono profondi, gravativi, opprimenti; essi sono in generale la espressione di lesione ossea o di risentimento meningeo. Spesso questi malati accusano crisi di cefalea generalizzata che intervengono in seguito a sforzi anche modesti, ad un'emozione, ad una lettura prolungata e che durano anche parecchie ore di seguito. Tale tipo di cefalea è indice dell'alterato equilibrio vasomotore cerebrale e meningeo.

Vertigine: è un altro sintomo soggettivo pressochè costante in questi malati. Ad ogni cambiamento di posizione del capo il malato è colto da una sensazione di instabilità ed ha sensazione che gli oggetti ruotino velocemente davanti ai suoi occhi. L'insorgere della vertigine nei cambiamenti di posizione del capo è caratteristico della vertigine labirintica ed è l'espressione di una perturbazione nella funzione dei canali semicircolari che ci danno la giusta nozione di posizione del nostro corpo nello spazio.

Quasi sempre tale sintomo trova la sua conferma nei segni obbiettivi di perturbazione labirintica prima descritti (inversione della vertigine galvanica, Barany ecc.).

Alterazione della personalità: del carattere, della condotta morale. — La personalità si mostra alterata spessissimo ed anche a grande distanza dal trauma. I malati ripetono quasi sempre le stesse parole e le stesse frasi: « *non sono più io, mi pare di essere diventato un'altra persona, non ho più i sentimenti ed i desideri che avevo prima dell'infortunio* ». Essi mostrano

un enorme cambiamento del carattere, si fanno per lo più melanconici, chiusi in sè stessi, non si interessano od assai poco della famiglia, divengono irritabili, scontrosi, intolleranti di ogni osservazione. Si lamentano poi di una assoluta incapacità all'applicazione psico-fisica, accusano stordimento e disorientamento continui e notevoli *turbe della memoria* specie dei fatti recenti per cui nulla più si fissa nel loro cervello e sono obbligati ad ogni momento a scrivere per ricordare. Se escono di casa, spesso si fermano per via, incapaci d'orientarsi e di ricordarsi del perchè sono in istrada, del dove si trovano ed allora sono colti da crisi di disperazione e di lacrime come bambini che abbiano perduti i genitori.

La più gran parte di questi disturbi sono da riferirsi a quella che Lasègue ha chiamata la « *perdita della verginità cerebrale* » e che è l'espressione della perturbazione che i vari centri psichici hanno subìto in conseguenza del trauma.

Per ultimo accennerò appena alle turbe del sistema extrapiramidale ed al risentimento dei nervi cranici per i traumatismi cranio-cerebrali.

Rarissime e quasi eccezionali le sindromi gravi a tipo Parkinsoniano, assai più comuni quelle più lievi che si manifestano con distonie agli arti (inversione della risposta riflessa per diffusione dello stimolo catodico ai muscoli antagonisti (Neri), mancanza o diminuita ampiezza dei movimenti associati degli arti superiori durante il cammino, leggero aumento del tono muscolare uni- o bilaterale, esaltazione della contrazione e lentezza della decontrazione degli antagonisti (Neri).

Dei nervi cranici quelli che più facilmente risentono dei traumatismi sul capo: sono il 1°, il 5°, il 7° e l'8°, con i relativi segni di disfunzione degli organi ai quali si distribuiscono.

***

Spero che queste piccole note che riassumono in breve spazio i più comuni segni di lesione organica, secondari a commozione cerebrale, possano essere di qualche utilità nell'esame del malato e possano fornire al Medico pratico qualche dato positivo sulla ammissione e valutazione del danno che il malato ha sofferto in conseguenza di un infortunio.

RIASSUNTO.

L'A. espone i più comuni segni obbiettivi di lesione organica nei postumi della commozione cerebrale e labirintica.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale S. M. dei Battuti di Asolo

Peritonite cronica incapsulante.

Dott. Salvatore Polizzi, chir. prim. e dirett.

La poca frequenza con la quale capitano nella pratica chirurgica i casi di peritonite cronica adesiva incapsulante, le difficoltà diagnostiche che tale speciale forma di peritonite offre, richiedendo quasi sempre un appropriato intervento talora urgente; i dati poco precisi che ancora si conoscono specialmente per quel che riguarda la sua etiopatogenesi, mi hanno fatto reputare degno di essere portato a conoscenza, un caso capitato or sono quasi due anni alla mia osservazione, anche per il buon esito ottenuto dal punto di vista chirurgico.

Trattasi di una ragazza di 19 anni, contadina, inviata d'urgenza in Ospedale il 12 dicembre 1932, con diagnosi di occlusione intestinale.

Non vi ha nulla di particolare interesse nella anamnesi famigliare. I genitori e tre fratelli sono vivi ed apparentemente sani.

La paziente nacque di parto prematuro in ottavo mese di gravidanza, ma ebbe allattamento al seno materno e si sviluppò normalmente.

Nella prima infanzia si ammalò di pertosse e a dieci anni di bronchite, pare di natura influenzale. Mestruò per la prima volta a 13 anni, ma le mestruazioni successive furono per i primi due anni, sempre scarse e molto dolorose, qualche volta precedute da cefalea intensa, ed irregolari per ciclo. Vi fu un periodo anzi che tali disturbi mestruali furono talmente gravi da indurre la paziente a consultare un sanitario, il quale, secondo quanto viene riferito, avrebbe trovato una notevole tumefazione a carico della ovaia di destra, e pare abbia prescritto una cura, che però la paziente non sa precisare, ma dalla quale, dice, non trasse alcun giovamento. Dopo circa un paio d'anni tali disturbi cessarono ed il ciclo mestruale riprese il suo ritmo normale, e tale si mantenne anche in seguito. Non risulta che abbia sofferto altre malattie degne di nota. La malattia per la quale la paziente viene inviata in ospedale, ebbe inizio circa un anno e mezzo prima, con dolori in principio di modica intensità, avvertiti ad intervallo di tempo vario, prevalentemente alla metà sinistra del ventre, di solito verso sera.

Dopo qualche mese tali dolori si fecero sempre più insistenti, a volte fugaci come delle trafitture, a volte a tipo di vere coliche della durata di qualche ora, senza alcun rapporto con l'ingestione del cibo e mai accompagnati da vomito. L'alvo, che prima era stato sempre regolare, si fece ostinatamente stittico, e la paziente riusciva ad avere con fatica una scarica ogni tre-quattro giorni, e spesso in seguito a purganti, ai quali ricorreva molto spesso. Fu in seguito ad una di tale purghe che un giorno fu presa improvvisamente da violentissimi dolori addominali, dapprima localizzati al quadrante inferiore di sinistra, e rapidamente diffusi a tutto il ventre, che si fece meteorico; ebbe vomito biliare, alvo chiuso, temp. 38°,5. Fat-

tasi visitare, le fu consigliato riposo assoluto in letto, clisteri e applicazioni calde sul ventre. Pare che anche allora sia stata fatta diagnosi di *occlusione intestinale*, e consigliato l'intervento chirurgico, a cui però la p. non volle sottoporsi, perchè il giorno dopo i dolori si calmarono, il vomito si fece più raro fino a scomparire del tutto, l'intestino riprese a funzionare, però per qualche giorno dopo l'alvo si mantenne diarroico, con feci miste a sangue. Dopo circa 15 giorni da tale episodio acuto, la p. potè riprendere le sue occupazioni, ma i dolori addominali non l'abbandonarono mai più, con riacutizzazioni ad intervalli di tempo vario, e l'alvo ritornò di nuovo stittico. Inoltre la paziente cominciò a notare un fatto nuovo, e cioè un senso di tensione continua al basso ventre, che essa paragonava alla sensazione « come di una fascia che le stringesse l'addome », tale sensazione in un primo tempo non molto accentuata, in seguito divenne sempre più penosa; e nello stesso tempo ebbe a notare che il ventre spesso si faceva tumido e teso specialmente in una zona ben localizzata a sinistra della regione ombelicale, dove a volte aveva l'impressione di palpare una tumefazione, la quale però scompariva dopo una abbondante evacuazione o emissione di gas. Durante quest'ultimo periodo non ebbe mai febbre, nè vomiti, ma andò incontro ad un notevole deperimento delle condizioni generali, ed è dimagrita di circa otto chili, non ostante facesse delle cure ricostituenti.

Due giorni prima del suo ingresso in ospedale ebbe una riacutizzazione della sintomatologia addominale; vomito prima biliare, poi di liquido nerastro fetido; ventre meteorico; alvo chiuso da 4 giorni. Temp. 37°,8.

Esame obbiettivo. Costituzione scheletrica regolare. Masse muscolari bene sviluppate e toniche, con pannicolo adiposo sottocutaneo molto scarso. Colorito della cute e delle mucose piuttosto pallido. Si palpano alcune ghiandole linfatiche ingrossate alle regioni latero-cervicali e inguinali. Polso piccolo, ritmico, 92.

Non si riscontra nulla di anormale all'esame del sistema cardio-vascolare, e dell'apparato respiratorio ad eccezione di una diminuzione di respiro alla base dell'emitorace di sinistra. La respirazione è prevalentemente a tipo costale.

Apparato digerente. Lingua umida, paniosa. L'addome si presenta globoso, ma non uniformemente, per una maggiore sporgenza della metà sinistra, dove già colla ispezione si nota la presenza di una tumefazione che ne occupa tutta la regione. Colla palpazione attraverso la parete addominale piuttosto sottile, e affatto tesa, si può appressare facilmente come tale tumefazione ha i caratteri di un tumore cistico. Essa infatti, del volume di una testa di feto, è rotondeggiante, a limiti ben netti, pareti perfettamente lisce. In basso si affonda nella fossa iliaca sinistra, ma si lascia sollevare e spostare con una certa facilità verso l'alto, dove oltrepassa di circa due cm. la linea ombelica trasversa, mentre è meno spostabile in senso laterale. Ha una consistenza molle elastica uniforme in tutti i punti e dà l'impressione di essere pseudofluttuante. Pochissimo dolente alla pressione anche profonda. Nessuna reazione di difesa muscolare sopra la tumefazione. Il resto dello addome è trattabilissimo e del tutto indolente. Non vi è versamento di liquido libero. Il fegato non deborda dall'arcata costale e non si palpano i reni, nè la milza.

Con l'esplorazione rettale non si apprezza alcunchè di anormale, e attraverso la parete anteriore del retto si sente l'utero non ingrossato. L'ampolla rettale è vuota di feci. La vescica, vuotata con cateterismo, contiene circa 150 cc. di urina limpida, ed, esaminata, non si trovano elementi patologici.

Tali fatti rilevati all'esame obbiettivo, l'assenza di meteorismo e di movimenti peristaltici delle anse intestinali visibili attraverso la parete addominale molto sottile, la localizzazione nettamente circoscritta della tumefazione con caratteri di una pseudocisti, fecero accogliere con molta riserva la diagnosi di occlusione intestinale, con la quale la paziente era stata inviata in ospedale. E poichè le condizioni generali di essa, e locali dell'addome non erano tali da richiedere un intervento immediato, fu ritenuto opportuno aspettare e tenere l'ammalata in osservazione.

Un clistere somministrato a bassa pressione, non ebbe alcun effetto. Nella notte la paziente ebbe vomito abbondante di liquido verdastro, non fecaloide, e col vomito emise 32 ascaridi lombricoidi, e al mattino seguente con una scarica diarroica, spontanea, ne furono emessi altri 23. Dopo di che i dolori diminuirono di intensità, e si ebbe la sorpresa di notare a carico dell'addome una notevole diminuzione di volume della tumefazione, che si presentava ora ridotta a circa la metà, con pareti afflosciate, appena differenziabile dalle anse intestinali. Tutto l'addome era trattabile e indolente Le condizioni generali però erano invariate. Temp. 37°,8.

Venne somministrata allora della santonina e calomelano a piccole dosi e ripetute, allo scopo di favorire l'emissione di altri eventuali ascaridi, ed interrogata la paziente allo scopo di sapere se per lo passato si fosse accorta di avere emesso vermi con le feci, non seppe dare notizie precise.

In tutta la giornata la paziente ebbe altre due scariche diarroiche, e nel giorno successivo tornò a vomitare, questa volta liquido con carattere nettamente fecaloide, mentre la tumefazione addominale riacquistò il volume e i caratteri osservati prima.

Polso 104, con qualche aritmia. Urine 800 cc. nelle 24 ore.

Essendo le condizioni generali alquanto peggiorate, venne deciso l'intervento.

Diagnosi: Occlusione intestinale da otturazione per accumulo di ascaridi.

Operazione: Anestesia locale di alipina (1).

Aperta la cavità addominale con incisione verticale pararettale sin. in corrispondenza della tumefazione, si ha il riscontro di un grosso tumore che ad un primo esame dà l'impressione di una cisti.

Il tumore infatti, del volume di una testa di feto, rotondeggiante, con peduncolo mediano piuttosto corto a larga base d'impianto, infiltrato ed arrossato, ha una superficie liscia, biancastra e lucente, in qualche punto aderisce all'omento mediante lasse membrane che si lasciano facilmente distaccare per via ottusa, dopo di che si può esteriorizzare dal ventre. Il peritoneo parietale è li-

(1) 10 cc. della soluz. 1 % iniettata nella parete addominale lungo la linea segnata per l'incisione e preceduta da una iniezione di Mass, praticata due ore prima, furono sufficienti a portare a termine l'intervento senza che p. sentisse alcunchè.

bero da aderenze e non presenta alterazioni di sorta. Si prolunga allora l'incisione addominale verso il basso e si esplorano l'utero e gli annessi che sono normali.

Ritornando sulla tumefazione si constata come ad essa fanno capo dal lato mediale: in alto un'ansa di intestino tenue alquanto dilatata, e verso il basso il colon ascendente a poca distanza dall'angolo epatico, che si presenta afflosciato e vuoto. Con molta cautela, con punta di forbice, si pratica un'incisione del polo inferiore della tumefazione, la quale appare formata allora da un gruppo di anse intestinali, aggrovigliate fra loro, ed incapsulate da una membrana. La quale mentre in alcuni punti è abbastanza spessa e si lascia isolare con abbastanza facilità dalle anse del tenue alle quali aderisce per mezzo di lasse membrane fibrinopurulente; in altri punti è talmente sottile e fragile, o così fittamente aderente che non è possibile isolarla senza incorrere nel pericolo di ledere la continuità delle anse intestinali, per cui non si insiste in tale manovra, e si passa allo svolgimento della matassa intestinale contenuta dentro tale capsula, e che risulta formata: da anse di tenue ripiegate ad angolo, alcune delle quali mantenute accollate fra loro da lasse membrane velamentose facilmente svolgibili; dal ceco con la sua appendice vermiforme; dal colon ascendente fino in prossimità della flessura epatica. Mentre l'isolamento delle anse di tenue riesce abbastanza facile, questo diventa sempre più complicato man mano ci si avvicina verso il ceco dove le aderenze che si estendono anche al colon ascendente, sono molto più tenaci e più fitte, per cui alcune bisogna reciderle fra due legature. Nascosta in mezzo a tali aderenze si trova l'appendice, contorta, più grossa del normale, con la punta ripiegata su sè stessa a canna da fucile, ed accollata all'ultima ansa di tenue da una lassa membrana che si diparte a ventaglio dal fondo cecale.

L'appendice, isolata, si presenta molto lunga e viene asportata. Svolto così il pacchetto intestinale si riesce ora con minore difficoltà a liberare il resto della membrana avvolgente, che in un primo tempo era rimasta accollata alle anse e tutto l'intestino che era contenuto in quella che sembrava una grossa cisti, appare lungo circa un metro e mezzo.

Durante le manovre di isolamento nessuna delle anse intestinali venne lesa, e non presentando esse alcuna alterazione anatomica, deterse dal poco gemizio di sangue per il distacco delle aderenze, vengono riposte nel ventre, che viene richiuso a strati senza drenaggio.

L'appendice asportata misura cm. 12 e macroscopicamente presenta il lume completamente obliterato nei due terzi terminali, vuoto nel resto. Le pareti molto ispessite, dure al taglio e grigiastre. All'esame istologico, presenta i comuni caratteri di un'appendicite cronica.

Il decorso postoperatorio fu ottimo. La febbre scomparve al secondo giorno; non si ebbe più vomito; la diuresi di cc. 500 nei primi giorni raggiunse ben presto il litro nelle 24 ore. Al quarto giorno la paziente ebbe una scarica in seguito a clisteri, e l'intestino prese a funzionare regolarmente. La ferita operatoria cicatrizzò per primam, e in 12ª giornata la p. che già cominciava a levarsi fin dal terzo giorno, venne dimessa completamente guarita.

L'interesse dell'osservazione clinica riferita, sta oltre che nel reperto operatorio, anche nell'esito ottenuto dall'atto operativo.

La lesione peritoneale, che costituì una sorpresa operatoria, per i caratteri rilevati, appartiene infatti a quella speciale e rara forma di peritonite conosciuta col nome di « peritonite cronica adesiva incapsulata » o « intestino a zucchero candito » come alcuni autori vogliono chiamarla. Essa costituisce una entità nosologica a sè, poichè il quadro anatomopatologico presentato si differenzia notevolmente da tutte le altre comuni forme di peritonite circoscritte, acute e croniche, solite a riscontrarsi.

La lesione principale è costituita dalla formazione di una membrana che avvolge come una capsula alcune anse intestinali, isolandole da tutto il resto della cavità addominale. Le anse di intestino che così vengono ad essere contenute dentro questa specie di sacca, si piegano su loro stesse, si aggomitolano, e si accollano fra loro per formazione di lasse membrane velamentose, le quali o si sviluppano indipendentemente dalla membrana avvolgente, ovvero sono rappresentate da sepimenti che si dipartono dalla superficie interna di essa.

Siccome le angolature e gli inginocchiamenti delle anse non sono di solito abbastanza accentuate, così solo raramente in un primo periodo si determina un ostacolo meccanico completo al corso delle materie fecali.

La capsula di preferenza si sviluppa in determinati tratti più o meno estesi dell'intestino tenue, ma come avvenne in un caso osservato da Pizzagalli, può essere esteso a tutto il pacchetto intestinale. Essa è di spessore variabile nei diversi punti, di solito piuttosto sottile, è molto aderente alle anse dalle quali difficilmente si riesce a distaccare. La sua superficie esterna levigata, grigiastra o grigiobiancastra è stata paragonata per il suo aspetto all'albuginea dell'uovo, e non contrae aderenze con il peritoneo parietale nè con la sierosa delle altre anse intestinali, che non presentano alterazioni di sorta; cosicchè il pacchetto di intestino incapsulato, acquista una certa mobilità nella cavità addominale e viene ad assumere in tal modo caratteri simili ad un tumore cistico o pseudocistico, col quale clinicamente può essere confuso.

Ma se anatomopatologicamente tale forma di peritonite è ben nota, la sua etiopatogenesi resta ancora molto oscura. Non tutti gli Autori che si sono occupati dello studio dell'argomento sono infatti d'accordo sulle cause e

sul meccanismo di formazione di questa membrana avvolgente.

Per Pistocchi la malattia si svilupperebbe sulla base di una mesenterite retrattile. Per la diminuita mobilità dell'ileo, per la stasi sanguigna e fecale che ne deriva, si avrebbe una facile filtrazione di sostanze tossiche attraverso le pareti intestinali, con consecutiva formazione di un essudato, ostacolato nel suo riassorbimento da un processo di linfangite obliterante, e la membrana incapsulante verrebbe a costituirsi in seguito alla organizzazione di tale essudato.

Secondo Blumenthal si tratterebbe di una malattia primaria della sierosa prodotta da tossine circolanti nel sangue formatesi in seguito ad una infezione sconosciuta.

Alcuni Autori ammettono una etiologia tubercolare (1), (Orlow, Repin, Didavin) o una infezione diffusa dall'appendice (Josa, Richard) o una complicanza peritoneale in decorso di polmonite, di influenza, ecc.

Lo stesso Pistocchi e Pizzagalli fanno giustamente osservare però, come non si possa pensare ad una causa unica per spiegare la formazione della membrana incapsulante, ma che bisogna necessariamente ammettere che agiscano un complesso di cause rappresentate da fattori tossici od infettivi, ad azione acuta o cronica, che si assommano, alcune delle quali certo ci sfuggono.

Senza per altro addentrarmi nella disamina di tutte le varie ipotesi che sull'argomento sono state formulate, cercherò soltanto di mettere in rilievo quelle cause che nel caso riferito possono avere determinato la lesione in esame.

Una prima deduzione si può trarre dal reperto operativo. Nella membrana infatti assieme alle anse di tenue si è trovato incapsulato il cieco con la sua appendice vermiforme, cronicamente infiammata, attorno alla quale vi erano i reliquati di una pregressa appendicite acuta, rappresentati da numerose e fitte aderenze.

Sia il ceco che l'appendice erano totalmente spostati a sinistra della linea mediana, tanto che senza alcuna difficoltà fu possibile esteriorizzarli dalla ferita laparatomica sinistra.

Per questa particolare disposizione anatomica dell'appendice, i fenomeni appendicitici si manifestarono quasi esclusivamente nella fossa iliaca sinistra, venendo a mancare così la comune sintomatologia che permette di fare la diagnosi di attacco appendicolare acuto, che nella nostra paziente non venne a suo tempo diagnosticato.

Tali casi, cosidetti di « appendicite sinistra », che nella pratica chirurgica capitano non molto frequentemente, offrono delle difficoltà diagnostiche talora addirittura insormontabili, e perciò costituiscono una delle più gravi forme di appendicite perchè spesso, non venendo affatto riconosciute, l'intervento può essere giudicato meno impellente, o addirittura indicato il trattamento conservativo. Così come avvenne nella nostra paziente, in cui la sindrome addominale acuta sofferta un anno prima e localizzata nel quadrante inferiore di sinistra, venne allora attribuita a fatti di occlusione intestinale.

Ora questo processo infiammatorio acuto, iniziatosi dall'appendice e diffuso alla sierosa peritoneale, con formazione di essudato, avrà potuto costituire il momento etiologico di quel complesso di lesioni peritonali riscontrate dopo al tavolo operatorio.

Ma vi sono altre cause che possono essere invocate per la genesi della malattia; cioè lo stato tossico infettivo dovuto alla stasi intestinale favorita molto probabilmente anche dal ceco eccessivamente mobile, e l'ascaridiasi di cui risultò affetta la paziente. È noto infatti come la presenza di ascaridi nel lume intestinale, oltre che della solita occlusione per otturazione o per aumentata peristalsi da irritazione della muscolare intestinale, può essere causa di un processo infiammatorio dapprima localizzato, e dopo esteso alla sierosa viscerale, sia per il passaggio di germi e di tossine attraverso la parete intestinale profondamente alterata, sia per azione delle sostanze tossiche elaborate dal verme stesso.

Questa specie di infezione, sia pure attenuata, della sierosa viscerale non può non essere presa in considerazione, nel nostro caso, ed essa deve aver partecipato favorendo la agglutinazione delle anse intestinali e il processo di organizzazione della membrana incapsulante. La quale, perciò può considerarsi, almeno nel caso in esame, come un reliquato infiammatorio cronico di una forma acuta peritoneale d'origine appendicitica, la cui speciale evoluzione è stata favorita dalle condizioni particolari della sierosa e dell'intestino stesso create dall'ascaridiasi.

Sia per la rarità stessa della malattia (i casi finora noti nella letteratura sono poco più di 50), sia per la sintomatologia clinica colla quale essa suole decorrere, la diagnosi di pe-

(1) Ne fu osservata infatti una da peritonite tubercolare senza ascite in Divisione Chirurgica dal prof. D. GIORDANO. Un ostetrico aveva fatto diagnosi di cisti ovarica.

ritonite cronica incapsulante è estremamente difficile, tanto che i casi che sono stati descritti hanno costituito quasi sempre una sorpresa operatoria.

I due casi resi noti da Pistocchi erano stati operati con diagnosi: uno di « invaginazione abituale intermittente » e l'altro di « cisti ovarica ritorta ». E in quest'ultimo caso la diagnosi si mantenne oscura anche durante l'atto operativo, tanto che l'operatore fu indotto a praticare una puntura esplorativa della tumefazione, che estrinsecata dalla cavità addominale presentava ancora caratteri simili ad una cisti ovarica.

La stessa sintomatologia della cisti ovarica sinistra presentava il caso descritto da Pizzagalli; mentre nel caso descritto da Fasano il decorso clinico simulava un neoplasma della fossa ileocecale.

In un caso riferito da Nockmiller, radiologicamente era stata posta la diagnosi di « linfosarcoma del tenue ».

Altri casi noti nella letteratura vennero scambiati con occlusione intestinale, cisti del mesentere, cisti da echinococco, peritonite tbc.

Nel nostro caso il decorso clinico venne reso ancora più complicato dall'ascaridiasi intestinale, e l'avere notato la scomparsa della tumefazione endoaddominale in seguito ad abbondanti scariche con emissione di ascaridi, fece orientare verso la diagnosi di sindrome occlusiva intestinale.

Nei riguardi della diagnosi forse potrebbe avere un certo valore, in mancanza di altri segni più importanti, quel senso di tensione al basso ventre, che nella nostra paziente veniva avvertito e riferito come « una fascia che stringeva l'addome » e che scompariva contemporaneamente al diminuire della tumefazione endoaddominale, in seguito ad emissione di feci. Questo dato, fornito dalla storia del malato, assieme alla lunga serie di sofferenze addominali, crisi dolorose intermittenti, stipsi, deperimento, spesso potrebbe essere molto importante per indirizzare verso una probabile diagnosi di peritonite incapsulante.

Data la natura stessa della malattia, la cura è sempre quella chirurgica. Però mentre vi sono dei chirurghi che consigliano di eseguire sempre l'enteroanastomosi escludendo il tratto di intestino incapsulato, o addirittura la resezione quando l'incapsulamento è limitato a poche anse e le condizioni generali dell'infermo lo permettono; vi sono di quelli che vogliono ridurre l'intervento al minimo necessario, limitandosi alla semplice incisione della capsula (Futh) per evitare il grave pericolo della formazione di fistola stercoracea, facile ad aversi in seguito alla enterolisi.

Per quanto riguarda la mia paziente è interessante notare come in essa l'intervento fu completo, avendo potuto asportare tutta quanta la membrana incapsulante, malgrado le tenacissime aderenze che in qualche punto aveva contratte con le anse intestinali.

Praticata l'enterolisi l'intestino venne riposto nel ventre, dopo avere provveduto ad una accurata emostasi. Allo scopo di prevenire il riformarsi delle aderenze, invece di versare in cavità addominale dell'olio canforato sterile o altro liquido, come ancora alcuni chirurghi consigliano, seguendo gli insegnamenti del mio Maestro, prof. D. Giordano, fin dal primo giorno dall'operazione feci praticare alla paziente iniezioni di pituitrina ripetute varie volte al giorno, la quale si è dimostrata sempre efficace nel riattivare rapidamente la motilità del tenue, e feci alzare la paziente precocemente (al terzo giorno). Tale pratica in questi ultimi anni ha destato grande entusiasmo in molti chirurghi, ed è largamente adottata dalla Scuola di Giordano, perchè ha dimostrato ormai con chiara evidenza i suoi numerosi vantaggi nel prevenire le complicanze sia addominali, che circolatorie o polmonari specialmente nei laparotomizzati. La ferita in 7ª giornata era infatti cicatrizzata per primam, non vi fu formazione della tanto temuta fistola stercoracea e la paziente, che già al terzo giorno dopo operata si alzava e cominciava a fare qualche passo in sala sostenuta da una infermiera, venne licenziata dallo spedale in 12ª giornata completamente ristabilita.

In seguito ho potuto rivederla varie volte, ed ha goduto sempre ottima salute. Dopo l'operazione è cresciuta in breve tempo sette chilogrammi e non ha mai accusato alcuna sofferenza addominale. L'alvo è sempre regolare. Un esame radiografico del tubo digerente praticato nel settembre scorso (Dott. M. Bernardi) non mise in evidenza alcunchè di anormale. La canalizzazione dell'intestino si dimostra perfetta, non si notano angolature o tratti dilatati e il ceco, nella fossa iliaca destra gode di una certa mobilità.

RIASSUNTO.

L'A., dopo avere illustrato un caso di peritonite cronica incapsulante, operato in una ragazza di 19 anni con diagnosi di occlusione intestinale, fa alcune considerazioni su la etiologia, il decorso clinico, e la natura anatomopatologica della rara lesione peritoneale in esame.

BIBLIOGRAFIA.

BARONI. Minerva Medica, 1933, n. 6.
FÈVRE. Gaz. des Hôp., 1931, n. 78.
PISTOCCHI. Arch. It. di Chirurg., vol. 29, 1931.
FERLI. Gazz. degli Osp. e delle Clin., n. 4, 1931.
GIORDANO D. Riv. Medica, 1933, n. 17.
ID. Lez. di Clinica Chirurg., vol. III.
GULMONE. Il Policlinico, n. 8, 1933.
JALOGUIER. In DUPLAY e RECLUS. *Tratt. di Chirurg.*
PIZZAGALLI. Gazz. degli Ospedali e delle Clin, n. 50, 1932.
QUATTROCCHI. Riv. San. Siciliana, n. 5, 1933.
RUGGIERI. *Le ascaridiasi chirurgiche*. Edit. Carabba, Lanicano.
WILMOTH, DELVAL, PATEL. Presse Médicale, n. 34, 1932.
NOCKMILLER, Zentralbl. f. Chir., n. 51, 1931.

Una ricca bibliografia dell'argomento si trova in: PISTOCCHI: Archivio Ital. di Chirurgia, vol. 29, anno 1931.

OSPEDALE CIVICO « S. GIOVANNI EVANGELISTA »
TIVOLI
SEZ. CHIRURGICA « A. PARROZZANI »
Primario chir. dirett.: Dott. Prof. C. COLUCCI

Contributo clinico alla peritonite cronica incapsulante

per il dott. B. MARIOTTI, aiuto.

Il 15 dicembre 1932 veniva ricoverato d'urgenza nel nostro Reparto tale Giuseppe O., di anni 54. La sua anamnesi familiare e remota era negativa. Riferiva che da venti anni era portatore di una voluminosa ernia inguino-scrotale sin. che fin dagli inizi era diventata rapidamente così voluminosa e che in brevissimo tempo era diventata irriducibile. Non gli era stata di grande fastidio, tanto che aveva potuto continuare nel suo lavoro di contadino fino alla mattina del 15, quando venne preso da vomito abbondante, accompagnato da lievi dolori addominali prevalenti nella sede dell'ernia. Il vomito si era ripetuto diverse volte durante la giornata, specie ad ogni tentativo d'introduzione di cibo.

All'esame, le condizioni generali del paziente sono poco buone. Il polso ritmico, piccolo è sui 110. Non si riscontra nulla di anormale a carico degli apparati polmonare e cardio-vascolare. L'addome è discretamente trattabile, meteorico, appena dolente, per quanto la palpazione profonda susciti una certa resistenza della parete.

Alla regione inguino-scrotale sinistra notasi una grossa tumefazione ovoide della grandezza di una testa di feto a termine, diminuente di volume verso l'alto e che in corrispondenza del canale inguinale si affonda nell'addome. Tale tumefazione appena dolente, molle elastica, irriducibile, non si modifica con l'aumento della pressione endoaddominale.

Operatore il prof. Colucci: si interviene con la diagnosi di ernia sinistra strozzata.

Si comincia in anestesia locale, ma nel prosieguo dell'operazione si praticherà narcosi eterea.

Erniolaparotomia sinistra: identificato tra gli elementi del cordone il sacco erniario lo si incide su plica presa tra due pinze e si allarga l'incisione. Il sacco erniario è di aspetto normale. Con sorpresa si nota che nel sacco erniario e perfettamente libera in esso è contenuta una grossa tumefazione sferica della grandezza di un grosso arancio, su cui non è rilevabile in alcun punto alcun segno di pressione da cingoli di strozzamento. La detta tumefazione è rivestita da una membrana biancastra a superficie liscia, di aspetto sieroso, che non ha, come si è detto, alcuna aderenza con il sacco.

La tumefazione si mostra in gran parte a contenuto idroaereo (evidentemente è costituita da anse intestinali), di fatti verso l'alto essa è peduncolata e si continua nell'addome con un grosso peduncolo costituito marginalmente da due anse intestinali e nella parte centrale dal mesentere enormemente allungato. Delle due anse intestinali del peduncolo, una, evidentemente l'afferente è fortemente dilatata, ripiena di liquido, l'altra evidentemente l'efferente è vuota e presenta una torsione sull'asse intestinale di 180°, inoltre l'ansa è fissa.

La membrana liscia, biancastra, già descritta sulla tumefazione, si estende a chiazze sul mesentere e sulle due anse costituenti il peduncolo. Esteriorizzata il più possibile la massa, detorto il volvolo di 180°, si constata che la circolazione intestinale non si ripristina, si nota anche che l'ansa efferente è costituita dall'ultima ansa dell'ileo, ha una lunghezza di appena quindici cm. e non è possibile esteriorizzarla. Si procede perciò ad un cauto tentativo di decorticazione dell'intestino incapsulato. Questa manovra riesce abbastanza facile sulla parte distale della massa e si asportano grossi lembi della membrana avvolgente, il cui spessore varia da due a più millimetri. Sotto di essa si giunge sulla superficie sierosa delle anse sottoposte che hanno aspetto normale, per quanto siano di calibro un po' aumentato. Si libera così un groviglio di intestino della lunghezza di trenta centimetri. Non riesce possibile però trovare un piano di clivaggio tra la membrana avvolgente e l'intestino nel punto più alto della massa e specie in corrispondenza del peduncolo dove le anse rimangono accollate a canna di fucile. Anzi i tentativi portano a ledere, in vari punti, gli strati superficiali della parete intestinale, per cui è necessario procedere alla resezione di circa 40 cm. di intestino. Si affondano i due monconi. Il moncone periferico presenta la parete infiltrata e friabile. Per questa ragione e per la fissità di questa ansa, perchè si lavora su una breccia a sinistra e per le condizioni poco buone del paziente si è costretti ad una anastomosi ileo-sigmoidea latero-laterale. Si pratica una fistola di scarico sull'ileo a monte dell'anastomosi e si fissa l'ansa sulla parte alta della breccia operatoria. Si tampona e si sutura parzialmente la breccia parietale.

Il paziente sopportò bene il non lieve atto operativo, ed acconciamente sostenuto vinse anche l'insidia di una broncopolmonite insorta nell'immediato periodo postoperatorio. L'ano artificiale di scarico funzionò egregiamente e fu chiuso per via intraperitoneale il 22 aprile 1933, provvedendo a ricostruire anche nel miglior modo la parete.

Un esame radiologico del tubo digerente praticato il 13 giugno dette il seguente reperto: nulla a carico dello stomaco e duodeno, sbocco dell'ultima ansa dell'ileo nel sigma colico. Il pasto opaco

da questo punto per via retrograda riempie tutto il colon fino al cieco, parte invece prosegue normalmente verso il retto.

Il 17 giugno 1933 il paziente veniva dimesso in ottime condizioni, residuando un modico sfiancamento della parete addominale in corrispondenza della breccia operatoria.

Nessun dubbio trattarsi in questo caso di una tipica forma di peritonite cronica incapsulante, particolare varietà di periviscerite che si sviluppa a carico dell'intestino tenue. Essendo l'identità di tale forma morbosa basata sulle sue caratteristiche anatomo patologiche sarebbe da aspettarsi che non ci dovessero essere discussioni sulla appartenenza o meno ad essa dei varî casi, descritti sotto tale denominazione e che ammontano forse a poco più di una trentina. (Lenormant).

Eppure, forse per la rarità di simili reperti e per il non poter essere stati praticati esami istologici in tutti i casi, l'accordo su tale punto è lungi dall'essere assoluto.

Debbo far notare, per quanto le mie ricerche non siano state complete, che non ho trovato descritto nella letteratura alcun caso di peritonite incapsulante su intestino contenuto in un sacco erniario. Ciò del resto non significa altro che la detta forma morbosa può manifestarsi anche su tratti d'intestino che abbiano abbandonato la loro normale sede intraaddominale.

Come ho già detto l'accordo non è generale su quali casi debbano o meno definirsi come peritoniti incapsulanti.

La divergenza è basata specialmente sulla mancanza o presenza di aderenze tra membrana incapsulante e viscere incapsulato. Da coloro che classificano tra le peritoniti incapsulanti casi in cui si trovarono intimamente aderenti membrana ed intestino si arriva per gradi fino a quelli che sostengono debbano etichettarsi come peritoniti incapsulanti solo quei casi, in cui si può, per così dire, sgusciare con qualche incisione la membrana dall'intestino sottostante cui aderisce lassamente a mezzo di una sostanza di aspetto fibrinoide e siano invece da escludere da questa denominazione i casi in cui membrana ed intestino siano intimamente fusi e non si possa procedere alla liberazione di quest'ultimo senza arrecare gravi lesioni all'integrità della parete intestinale.

Così tra i primi ricordo Eunicke che non riuscendo a decorticare l'intestino dalla membrana aderentissima se non a prezzo dell'integrità di esso, praticò una entero-entero anastomosi, lasciando in posto la membrana avvolgente. Emeljanow dovette fare altrettanto. Esaù per liberare il tratto di intestino incapsulato dovette in più tratti speritoneizzarlo ed in due punti aprì la cavità intestinale. D'altra parte in un caso di Winney le anse incapsulate conservavano completamente la propria indipendenza ed erano contenute come in un sacco, nel caso di Toole le aderenze erano così lasse, che, incisa la capsula avvolgente, le anse si erniarono al di fuori di essa quasi vuotandola.

Wilmoth e Patel nel loro caso liberarono la metà del tenue, il cieco ed il sigma, con qualche difficoltà, ma completamente e senza nemmeno intaccare la sierosa intestinale.

In un recentissimo lavoro Lenormant nel descrivere un caso occorso alla sua osservazione sostiene che le caratteristiche fondamentali della peritonite incapsulante sono costituite dalla mancanza completa di aderenze tra membrana incapsulante ed intestino incapsulato e dal normale aspetto dell'intestino stesso mentre i casi che non presentano tali caratteristiche debbono essere considerati come peritoniti croniche banali e spesso come peritoniti tubercolari.

Tra questi casi estremi ve ne sono altri intermedi, che partecipano delle caratteristiche degli uni e degli altri, e che costituiscono con essi una catena ininterrotta. Ora a me sembra che tutti questi casi debbano esser considerati peritoniti incapsulanti perchè in assenza di basi etiologiche, patogenetiche ed anche istologiche (perchè i reperti istologici sono anche ben diversi da caso a caso), ci si debba basare, per la identificazione di simili forme, sul caratteristico fatto dell'incapsulamento dell'intestino da parte di una membrana con la caratteristica superfice liscia, levigata, brillante, di aspetto sieroso (Pistocchi). Si capisce che il carattere essenziale è la mancanza di ogni aderenza tra peritoneo parietale e membrana incapsulante.

La mancanza o meno di aderenze tra membrana ed intestino sarebbe requisito secondario, perchè incostante e d'altra parte poi si potrebbe sempre sostenere che l'assenza di aderenze capsulo-intestinali è appannaggio delle forme giovani della lesione e che la formazione di esse sarebbe il termine ultimo della evoluzione della forma morbosa.

Riguardo alla etiologia della forma morbosa in questione le opinioni degli autori sono svariate ed ognuno ha creduto di poter stabilire la vera secondo le peculiarità del caso caduto sotto la propria osservazione.

Poco seguita e poco probabile è l'ipotesi di Futh, secondo il quale si deve pensare a malformazioni congenite.

Molti hanno sostenuto l'etiologia tubercolare, anche se non si riscontrino lesioni specifiche, basandosi sul concetto che flogosi croniche delle sierose sono sostenute spesso da tubercolosi, pur essendo assente ogni carattere di specificità. Anche la lue è stata incriminata e così l'infezione malarica, il tifo, l'infezione pneumococcica, il reumatismo ed altro.

Per gli incapsulamenti a carico del tratto ileo-cecale Josa e Richard affermano l'importanza delle affezioni appendicolari e la filtrazione di sostanze tossi-batteriche attraverso la parete intestinale per ristagno da formazione di Lane o di Jakson.

Per Eunicke hanno importanza massima processi enteritici nel senso che prodotti settici del contenuto intestinale filtrerebbero all'esterno delle pareti intestinali determinando con il loro continuo agire lo sviluppo di processi incapsulanti.

Dowd pensa che oltre a ciò debba anche attribuirsi molta importanza alla inerzia delle anse per paralisi o paresi totali o parziali dell'intestino.

Alla stasi intestinale ed ai disturbi del circolo sanguigno attribuiscono molta importanza coloro, che come Didavin, Moskalenko, considerano l'incapsulamento dipendente dall'impegno dell'intestino in tasche peritoneali interne. Difatti i suddetti considerano i loro casi come ernie interne di Treitz. Jüngling ha considerato le ernie interne, specie quelle di Treitz o delle fossette retro cecali come fattore importantissimo nella genesi dei processi incapsulanti, per il meccanismo della stasi sanguigna e intestinale. Si sa del resto che la stasi sanguigna può favorire l'insorgenza di periviscertiti.

Grande importanza è anche da dare alle lesioni mesenteriali. Molti hanno descritto che il mesentere delle anse incapsulate non aveva aspetto normale. In quasi tutte le descrizioni in cui si riporta l'aspetto del mesentere si dice che esso era retratto, accorciato, in qualche caso esistevano chiazze o strie di aspetto sclerotico (Pistocchi). Queste lesioni mesenteriali hanno la loro importanza nel favorire l'immobilità dell'intestino, le essudazioni flogistiche, la difficoltà di riassorbimento degli essudati. E se anche le lesioni mesenteriali si considerino secondarie ciò non toglie che aggravino per loro conto lo stato delle anse dipendenti, specie riguardo alle condizioni del circolo sanguigno e linfatico.

Pistocchi pensa che la peritonite cronica incapsulante debba essere considerata come dipendente da una mesenterite retrattile, per le alterazioni funzionali ed anatomiche che essa comporta: diminuzione della motilità dell'intestino, stasi sanguigna per le lesioni vasali e perivasali che essa determina, filtrazione di sostanze tossiche attraverso le pareti intestinali e conseguenti essudazioni per i disturbi della dinamica intestinale per l'interessamento di filamenti nervosi, difficoltà del riassorbimento degli essudati per le linfangioiti obliteranti. Pistocchi aggiunge che è da spiegare perchè siano rare le peritoniti incapsulanti pure essendo così frequenti le mesenteriti e che inoltre rimane da spiegare come la mesenterite si sviluppi, ma è noto che per l'insorgere di una malattia e per le varietà della sua evoluzione è necessaria una somma di condizioni di cui molte sfuggono.

Come si vede varie sono le ipotesi etiopatogenetiche riguardo a questa forma morbosa. Io credo che nella maggior parte dei casi abbiano valore più di uno degli elementi etiopatogenetici sopradescritti e spesso molti insieme.

Per spiegare lo sviluppo della lesione in parola, nel nostro caso, io penso si debba tenere in molta considerazione il fatto che l'incapsulamento era a carico di anse ileali contenute nel sacco di un'ernia inguinale. E molto importante è il dato anamnestico della rapidità con cui l'ernia ha assunto un grande volume e rapidamente è divenuta irriducibile.

Nel nostro caso, secondo me, ai seguenti fattori bisogna dare importanza per spiegare l'insorgenza della forma morbosa: difficoltà di circolo sanguigno, difficoltà di circolo del contenuto intestinale (stasi), filtrazione di sostanze tossiche ed essudazione, lesioni mesenteriali, stimolo meccanico.

Nelle ernie recenti il colletto ha un calibro relativamente stretto e non è che dopo vario tempo che esso insieme con i piani parietali superficiali subisce quella distensione e quello sfiancamento che comporta la formazione di quelle vecchie porte erniarie che hanno sì grande apertura, talvolta veramente enorme.

Il dato anamnestico che l'ernia abbia assunto con rapidità un grande volume in un'epoca in cui con verosimiglianza il colletto non era enormemente sfiancato, può far indurre che le anse intestinali nel sacco contenute non potessero avere un libero e facile circolo sanguigno ed anche non potesse compiersi agevolmente il progredire delle materie.

Ma il dato dell'irriducibilità dell'ernia, fatto avvenuto anch'esso precocemente, è almeno così importante e forse di più del dato precedente

del rapido aumento di volume. Infatti esso comprova che le anse contenute nel sacco erniario erano sempre le stesse e dovevano perciò subire continuamente tutte le alterazioni di ordine funzionale ed anatomico che la loro sede anormale comportava.

La filtrazione di sostanze tossiche ed essudazione, le lesioni mesenteriali si possono spiegare date la difficoltà di circolo sanguigno e la stasi intestinale.

L'azione dello stimolo meccanico è facilmente spiegabile per i continui insulti di piccoli traumi che le anse, per la loro sede anormale dovevano subire.

L'azione di tutti questi fattori continuatasi per venti anni potrebbe, secondo me, aver portato alla formazione della particolare forma morbosa che è capitata alla nostra osservazione.

Non mi soffermo sulla diagnosi della peritonite cronica incapsulante in sede erniaria. Accennerò solo che essa sarà difficile e non si potrà forse neanche sospettare. Costituirà per lo meno una sorpresa operatoria.

Per la cura non ho che da riferirmi a tutti gli AA. che si sono occupati della questione. In ogni maniera è da tentare la decorticazione dell'intestino incapsulato. Questa manovra non sarà sempre molto facile ed effettuabile come appare anche dalla descrizione del nostro caso ed allora sarà giuocoforza praticare una resezione intestinale con entero-entero anastomosi, sempre che essa non comporti il sacrifizio di un troppo lungo tratto di intestino.

Nel nostro caso abbiamo creduto opportuno praticare una fistola di scarico a monte dell'anastomosi, accorgimento che ci è sembrato di sicuro vantaggio.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di peritonite cronica incapsulante in un'ernia inguinale e ne discute i possibili momenti patogenetici.

BIBLIOGRAFIA.

D. Antonopoulos. *Ueber zuckergussdarm Die den Darmtraktus inkapsulierende fibrose Peritonitis.* Zentr. f. Gyn., 53, 3409-3413, 14 dic. 1929.

Bergeret. *A propos des péritonites encapsulantes.* Bull. et mém. de la Société de Chir., n. 28, 1932.

R. S. Farberova. *Peritonitis chronica fibrosa incapsulata.* Russk. Klin., 7, 243-251, 1927.

M. Fasano. *Pseudotumore ileo-cecale. Peritonite cronica fibrosa incapsulante.* Arch. ed Atti della Società Italiana di Chir., n. 35, 1929.

Lenormant. *Peritonite encapsulante.* La Presse Méd., 26, VIII, 1933.

J. Patel. *A propos de la péritonite chronique encapsulante.* Ann. d'Anat. pat., 8, 1931.

G. Pistocchi. *Peritoniti incapsulanti.* Arch. Italiano di Chir., vol. 29, 1931.

G. Rouhier et P. Lecouer. *Un cas de péritonite chronique encapsulante.* Bull. et Mém. Soc. de Chir., vol. 58, 1932.

R. Soupault. *La peritonite chronique encapsulante.* Rev. Crit. de Pat. et de Thérap., juin 1932.

P. Wilmoth, Delval et Patel. *Sur la pathogénie de la péritonite chronique encapsulante.* La Presse Méd., n. 34, 1932.

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

Note sulla malaria.

(E. Marchiafava. *Croce Rossa*, marzo 1934).

1) Sulla perniciosità nello scorcio dell'autunno.

Contrariamente alla opinione di alcuni, è dimostrato che nella stagione autunnale la malaria maligna non si attenua, anzi si osservano non di rado infezioni perniciose di estrema gravità.

Si tratta sempre di forme primitive provocate dalla specie parassitaria estivo-autunnale in individui che soltanto da due o tre giorni presentano i sintomi della infezione. Questo rapido ed imprevisto insorgere della perniciosità nei primi giorni di una estivo-autunnale avviene in genere in lavoratori provenienti da luoghi salubri e che entrano in regioni ove la malaria domina, nelle stagioni della endemia. È necessario in questi individui istituire subito la profilassi mediante la somministrazione giornaliera di ctgr. 50-60 di chinina. Purtroppo sorge ostacolo a tale profilassi la indisciplina dei lavoratori che a malincuore si assoggettano a seguire le prescrizioni. Questa ripugnanza alla profilassi chininica si va però attenuando per virtù della istruzione ed educazione che vengono impartite nelle scuole rurali.

2) L'emoglobinemia nella malaria estivo-autunnale.

L'A. lamenta che i malariologi non si siano ancora decisamente pronunciati sulle differenze nel consumo della emoglobina secondo le varie specie dei parassiti.

Mentre Hamilton, Failey e Bromfield in un recente lavoro ritengono che nell'uomo malarico non si possa dimostrare una emoglobinemia, questa fu già ammessa come probabile dal Dionisi a spiegare il fatto che nella terzana maligna, alla notevole diminuzione di globuli rossi non si accompagna una corrispondente diminuzione della emoglobina.

L'A. è del parere che esista una emoglobinemia transitoria nella estivo-autunnale: essa spiega la frequente colorazione itterica dei malati febbricitanti, la colorazione biliare intensa

delle feci, la abbondanza della urobilina nelle urine e della bilirubina nel sangue.

La mancata dimostrazione di cui scrivono gli AA. inglesi dipende dalla rapida scomparsa della emoglobina dal plasma per la attività funzionale delle cellule del sistema reticolo-endotelio.

3) La immunità nella malaria e la fagocitosi.

È questo un argomento di alto interesse scientifico e pratico. Al principio del secolo si riteneva che la immunità nella malaria sia molto di rado congenita, naturale, ereditaria, mentre esisterebbe di certo la immunità, acquisita dopo un periodo di febbri. Questa non procederebbe da una affermazione graduale della virulenza dei parassiti, ma dalla formazione da parte dell'organismo di sostanze contro le tossine e la vita dei parassiti stessi.

Ulteriori ricerche hanno fatto progredire le conoscenze sull'argomento. È stata confermata la immunità naturale e la acquisita, ed è stata anche riscontrata la refrattarietà alla infezione provocata a scopo curativo in individui che non avevano mai sofferto di malaria.

Ciononostante si dubita di una immunità naturale, da parte di numerosi malariologi.

Nessun dubbio vi è sulla immunità acquisita, si discute se mai sul modo di acquistarla. Essa è dimostrata dalla epidemiologia, dalla clinica e dalla patologia sperimentale. Nella popolazione indigena delle regioni tropicali e subtropicali endemiche è prevalente nei primi anni di età e diminuisce progressivamente negli anni successivi fino ad un relativo benessere nella età adulta.

La immunità acquisita è confermata dalla alta morbilità e mortalità negli immigrati da regioni libere da malaria in regioni endemiche nelle quali gli adulti presentano benessere e non sono soggetti a forme gravi. Col tempo anche quelli che sono immigrati raggiungono detto benessere.

La immunità acquisita ha valore per la specie di malaria che l'ha determinata e si può perdere col tempo nella lontananza da regioni malariche.

I fatti dati dalla clinica sono i seguenti: nella malaria primitiva, al primo insorgere della malattia non si nota spesso il tipo febbrile caratteristico; esso viene poi e dopo qualche tempo gli accessi si attenuano e finiscono col cessare. Si ha dunque una guarigione spontanea dovuta a processi immunitari il cui inizio si riscontra nel passaggio dalla febbre a tipo irregolare a quello caratteristico.

Altra prova della immunità acquisita parziale è che la perniciosa si manifesta in individui che non hanno mai sofferto malaria e nel periodo iniziale della malattia.

La patologia sperimentale ha messo in luce che alcuni uomini sono molto suscettibili a prendere la malaria, altri meno ed altri ancora meno. Nel decorso spontaneo della infezione sperimentale si osserva la progressiva attenuazione della malattia, la guarigione spontanea del primo attacco, le recidive che divengono sempre più miti fino a che si giunge alla immunità contro l'infezione della stessa specie e stipite inoculato.

Ricerche sperimentali sono state fatte nell'uomo e negli animali intorno alla natura e al meccanismo della immunità nella malaria. Sembrerebbe dimostrata l'esistenza nel sangue dei malarici di anticorpi prodotti dallo stimolo degli antigeni dei parassiti che si disfanno nel sangue e negli organi emopoietici.

L'azione di questi anticorpi sarebbe specifica per i parassiti del proprio sangue e del ciclo asessuale.

Strettamente collegato alla immunità è il problema della fagocitosi. Questa ha la funzione di ripulire il sangue di tutte le scorie che lo inquinano: pigmento, residui parassitari e globulari. Rivolge anche la sua azione sulle forme parassitarie libere e su quelle contenute nei globuli rossi o meglio nei globuli rossi che le contengono. Questi per poter essere inclusi nel protoplasma dei fagociti subiscono delle modificazioni nelle loro condizioni fisico-chimiche e divengono come corpi estranei, preda facile dei globuli bianchi.

Il fattò che la persistenza nel sangue delle tossine dei parassiti conduce alla immunità acquisita, ha indotto alcuni studiosi ad essere parchi nella somministrazione della chinina per non disturbare il processo naturale della immunità.

Questo metodo potrebbe seguirsi in casi di malaria benigna e in quella provocata a scopo terapeutico, ma deve assolutamente essere sconsigliato nelle regioni ove domina la malaria da Pl. falciparum, nella quale, nel periodo iniziale, può facilmente svilupparsi la perniciosa.

L'A. si dichiara assolutamente contrario in ogni caso alle mezze cure per mantenere l'infezione labile e conferire la immunità parziale e spezza ancora una lancia in favore della cura a fondo e della profilassi, fatte entrambi col rimedio specifico: la chinina. Il venerato Maestro mette in particolare evidenza i contributi recenti di autori italiani. VICENTINI.

Atipie febbrili nel tifo addominale.

(A. M. BONANNO. *Riforma Medica*, 7 apr. 1934).

L'A. vuole con questa nota ricordare al medico pratico la variabilità che può assumere uno dei sintomi più importanti del tifo: la febbre.

L'atipia della curva termica può far deviare dalla retta diagnosi, se non si tien conto del complesso della sintomatologia clinica e dei dati ottenuti dal laboratorio.

Il decorso del tifo viene classicamente diviso in tre periodi: primo stadio, corrispondente al primo settenario, nel quale la temperatura aumenta progressivamente; secondo stadio.

con temperatura alta, continua, di durata di una o più settimane; terzo stadio, talora preceduto dal periodo anfibolico, nel quale la febbre cade per lisi.

Le atipie febbrili possono aversi nei tre stadi di malattia. Così, per quanto molto raramente, può aversi bruscamente alta temperatura all'inizio della malattia, a tipo setticemico.

L'A. riferisce una iperpiressia comparsa improvvisamente pochi giorni dopo una operazione, che fece pensare ad un focolaio broncopulmonico; senonchè l'emocultura in 6ª giornata riuscì positiva per il b. di Eberth e l'ulteriore decorso della malattia confermò detta diagnosi.

Non sono rari i casi in cui il periodo di stato, per quello che riguarda la febbre, si comporta in modo irregolare: così invece di aversi una temperatura molto elevata continua, si son viste forti oscillazioni termiche per una durata maggiore assai delle 2-3 settimane solite.

Durante il periodo di defervescenza possono verificarsi improvvisi rialzi febbrili accentuati di breve durata; simile evenienza può constatarsi più volte alla distanza di pochi giorni l'una da l'altra, da dare alla curva febbrile una impronta malarica.

Il terzo stadio può essere molto lungo con temperatura subfebbrile, a causa di complicazioni di lieve entità.

La causa delle atipie della curva febbrile che possono verificarsi nel tifo addominale va ricercata nell'elemento costituzionale, nel terreno organico ed anche in una speciale attitudine patogena del b. di Eberth non ancora bene identificata.

VICENTINI.

Lo stato presente della questione della sepsi tonsillare.

(T. DE BAJKAY. *Il Valsalva*, aprile 1934).

Molto rara ma gravissima è la sepsi secondaria alla tonsillite.

Essa può essere causata da tonsillite acuta o cronica, da un ascesso peritonsillare o da un flemmone retrofaringeo.

L'infezione può seguire la via venosa e propagarsi direttamente alla vena facciale posteriore o alla giugulare interna, donde i germi si versano in circolo e vanno a determinare gli ascessi metastatici.

Ma la tromboflebite può propagarsi in via retrograda dalla vena giugulare verso il seno sigmoideo e trasverso e dalle vene retrotonsillari nel seno cavernoso.

Ma anche la via linfatica è molto importante: i gruppi linfatici della regione del collo si infettano e come conseguenza si ha la tromboflebite della giugulare.

Alla formazione dei trombi cooperano influenze meccaniche e processi di assorbimento.

La gravità della sepsi generale è in rapporto con la virulenza dei germi con la capacità di difesa dell'organismo.

I batteri che la producono possono essere aerobi (streptococchi, stafilococchi, pneumococchi, diplococchi ecc.) ed anaerobi; questi ultimi sono più pericolosi e producono la cangrena polmonare ed ascessi in altre parti del corpo. Gli aerobi sono meno virulenti e si localizzano nella cute, muscoli ed articolazioni.

Per la diagnosi ha molta importanza la nozione della tonsillite che ha preceduto l'insorgere della sepsi di 10-14 giorni. Hanno anche valore la tumefazione dolorosa delle ghiandole linfatiche all'angolo mandibolare e la protrusione della vena giugulare.

La diagnosi è particolarmente difficile al principio della malattia o quando essa ha decorso cronico. Infatti la tonsillite cronica non causa di per sè stessa disturbi rilevanti e la diagnosi di sepsi di origine tonsillare sarà fatta con certezza solo se esiste connessione chiara tra reperto locale, ghiandole regionali e stato generale.

La diagnosi differenziale deve farsi con la leucemia acuta, la angina agranulocitica e la angina monocitica, che saranno escluse o ammesse in base alla formula leucocitaria.

La cura della sepsi tonsillare è soltanto chirurgica. La chemioterapia e la terapia aspecifica con albumine eterogenee non son capaci di dare risultati soddisfacenti finchè il centro primario della infezione, la tonsilla, rimane nell'organismo. Solo un intervento immediato può salvare i pazienti: questo consiste essenzialmente nella tonsillectomia e nella legatura della vena giugulare eseguita prima o dopo. In alcuni casi sarà necessario legare anche le vene facciali e poi aprirle. Dopo il controllo delle vene si apriranno e dreneranno gli altri eventuali focolai metastatici suppurativi.

Ma esistono anche casi settici leggeri caratterizzati da ingorgo doloroso delle ghiandole del collo, rilievo della vena giugulare e metastasi di poca entità: questi episodi morbosi risolvono spontaneamente o in seguito a trattamento adatto di modeste proporzioni.

VICENTINI.

RENI E VIE URINARIE.

Un tentativo di classificazione delle nefriti.

(F. RATHERY e P. FROMENT. *La Presse Médic.*, 4 aprile 1934).

Gli AA. propongono di completare la classificazione delle nefriti di Widal, seguendo due principii fondamentali e due accessori.

Principii fondamentali: 1) Una lesione renale può manifestarsi con un certo numero di sintomi senza che siano alterate le funzioni renali. Questo si può spiegare coll'ipertrofia compensatoria della porzione renale integra.

2) Le funzioni renali sono indipendenti le une dalle altre; quindi possono esserci nefriti con insufficienza riguardante una sola delle funzioni renali. Così, p. es., la nefrite con ritenzione clorurata non s'accompagna a disturbi del ricambio azotato.

Principii accessori: 1) La lesione renale rappresenta solo una parte delle cause del disturbo funzionale, perchè è il risentimento dello stato generale che ha una parte importantissima nel quadro clinico. Ci possono essere però fenomeni compensatori che mascherano per un certo tempo la malattia.

2) Bisogna distinguere le nefropatie da lesioni primitive del rene (p. es. la nefrite mercuriale) e le nefropatie dipendenti da un disturbo metabolico (p. es. la nefrosi lipoidica di Epstein).

Rathery e Froment distinguono due tipi di nefropatie: quelle senza sindrome di insufficienza funzionale (nefropatie semplici) e quelle con insufficienza renale (nefriti).

Sotto il termine di *nefropatie semplici* essi comprendono le nefropatie semplici albuminose, le nefropatie semplici ematuriche, le nefropatie semplici ipertensive. Qui si potrebbero mettere anche la nefrosi lipoidica e l'amilosi renale.

Per quanto riguarda le *nefriti* essi distinguono le nefriti con insufficienza renale dissociata e con insufficienza renale mista.

Ogni anomalia della secrezione di una sostanza (cloruri, azoto, acqua, acido urico, creatinina, potassio, calcio, fosforo, ecc.) dovrebbe costituire una sindrome isolata. Però molte di queste sindromi isolate non sono mai state osservate.

In queste nefriti con alterazione funzionale dissociata si potrebbero mettere alcuni tipi di diabete insipido, in cui solo la secrezione dell'acqua è alterata. Lo stesso si può dire delle nefriti con acidosi o con alcalosi.

In realtà solo le secrezioni del Cl Na e dell'urea sono ben note.

Rare sono le forme unicamente ipercloruremiche e ipocloruriche e quelle unicamente ureiche. Per lo più esistono disturbi associati delle varie funzioni renali. Widal aveva appunto individualizzato le due forme: la nefrite con edema e ritenzione clorurata (disturbi associati della secrezione acquosa e clorurata) e la nefrite secca azotemica (con disturbi associati di funzioni secretorie multiple) e i due tipi possono associarsi dando le nefriti miste.

Quindi tre tipi fondamentali di nefriti: la nefrite con edema, la nefrite secca azotemica e la nefrite mista.

La nefrite con edema può essere acuta, subacuta e cronica, è caratterizzata da edema con albuminuria, oliguria, pressione normale, concentrazione buona, azotemia normale, eliminazione normale della fenolsulfonftaleina, alterazione dell'eliminazione dei cloruri. Questo tipo di nefrite può guarire o può trasformarsi in nefrite mista. Le sue complicazioni più frequenti sono l'edema polmonare acuto e l'asistolia.

La nefrite secca azotemica presenta alterazione del potere di concentrare, alterazione nell'eliminazione dei colori, iperazotemia, iperuricemia, ipercreatininemia, netta reazione xantoproteica, netta indossilemia, frequente acidosi. C'è una forma cronica e una acuta.

Le nefriti miste sono le più frequenti. Presentano ipertensione con ritmo di galoppo, iperazotemia, alterazione dell'eliminazione dei cloruri.

Ci sono tre tipi di alterata secrezione clorurata:

1) essa presenta, oltre a ritenzione azotata, edemi e ritenzione clorurata tissulare, mentre l'ipercloruremia è incostante;

2) la ritenzione clorurata è secca: c'è ipercloruremia, acidosi ed è più una ritenzione clorata che clorurata;

3) c'è ipocloruremia che può associarsi ad accumulo o no di Cl Na nei tessuti.

La classificazione di Rathery e Froment trascura il quadro anatomico, come pure il concetto etiologico e si basa unicamente sulla fisiopatologia e rappresenta un completamento dell'opera di Achard e Widal. R. LUSENA.

Falsi calcoli delle vie urinarie.

(MARION. *Gazette des Hôpitaux*, 28 marzo 1934).

L'A. passa in rassegna le varie circostanze nelle quali un'ombra radiografica può simulare un calcolo situato nei reni, negli ureteri, o nella vescica. Nel rene possono essere interpretati come calcoli di questo organo prima di tutto le ombre dei calcoli biliari, che a destra talvolta si proiettano nell'area della regione pielo-renale; poi le calcificazioni da lesioni tubercolari renali e le opacità da tasche di rene mastice; altre volte si può trattare di gangli calcificati o di ossificazioni delle cartilagini costali. Più raramente si può trattare di ombre del contenuto intestinale o di ombre dovute a tumori benigni della regione lombare. A questo proposito l'A. ha già osservato due volte ombre renali che potevano mentire un calcolo della pelvi e che erano dovute invece a dei molluschi penduli della regione del dorso. Le cause di errore per la calcolosi degli ureteri sono rappresentate per lo più da gangli calcificati o da gomme muscolari o da calcificazioni dei legamenti del piccolo bacino.

La calcolosi vescicale invece, sempre dal punto di vista radiologico, può essere mentita oltrechè dai gangli calcificati e dalle ombre di materie fecali anche da corpi estranei delle parti molli, da cisti calcificate del piccolo bacino, da tumori incrostati della vescica, da calcolosi della prostata ecc. In un caso capitato all'osservazione dell'A. l'ombra interpretata erroneamente come dipendente da un calcolo vescicale

era in realtà dovuta ad una antica iniezione di lipiodol nei glutei.

Tutti questi errori possono essere in gran parte evitati colla cistoscopia e con la cistografia nei casi in cui è supposto un calcolo della vescica; dove è supposta la calcolosi degli ureteri con la radiografia di questi in varie proiezioni dopo l'introduzione di una sonda opaca.

Le ombre renali, in specie quando dipendono da concrezioni situate nel parenchima stesso, sono di più difficile interpretazione e qualche volta è indispensabile l'esplorazione chirurgica. È bene sempre però aver prima pensato a tutte le possibilità cliniche, in ispecie alla tubercolosi renale.

I calcoli della vescichetta biliare in genere si distinguono da quelli da calcolosi del rene destro per la opacità maggiore che hanno, per la forma talvolta prismatica, e poi per il fatto che la loro ombra, in posizione trasversale del malato, si proietta sempre al davanti della colonna vertebrale, mentre quella di un calcolo renale si proietta sempre al disopra di essa o un pò' indietro. ALIERI.

Stato attuale della chirurgia transuretrale nelle malattie della prostata.

(A. DE LA PEÑA. *Z. Urol. Chir.*, vol. 38, 1933).

L'A. riassume a grandi linee la storia della chirurgia transuretrale, ricordando i vari tipi di apparecchi usati. Anche per la chirurgia della prostata sono stati proposti, specie negli ultimi tempi, numerosi strumenti che si possono catalogare in due categorie: quelli ad osservazione diretta (Young, Braasch, Bumpus), e quelli con apparato ottico (Mc Carthy, Collings, Stern, Foley, Lichtenberg, Kirwin).

In generale un buon istrumento per la cura endoscopica delle lesioni ostruttive del collo vescicale deve possedere tre requisiti: deve offrire una buona visione; deve permettere l'asportazione di tutto il tessuto che sembra necessaria; deve permettere un controllo completo dell'emorragia dopo la resezione.

L'A. usa il resettore transuretrale di Braasch-Bumpus. L'operazione avviene in anestesia preferibilmente spinale od anche extradurale o caudale, o in narcosi. L'ammalato è studiato e preparato dal punto di vista della funzione renale come per qualsiasi altra operazione sulla prostata; è utile un drenaggio a permanenza dell'uretra per 48 ore. Talora è necessario far precedere una dilatazione dell'uretra; è prudente prima dell'operazione provare la frequenza e l'intensità della corrente su un pezzo di carne.

Introdotto l'istrumento nell'uretra bisogna controllare la diagnosi; rendersi conto della posizione del *veru montanum* e degli sbocchi ureterali, tra i quali 3 punti è compresa la zona operatoria; localizzare con precisione il tessuto da asportare. Si comincia dai lobi laterali e poi si passa al mediano. Per facilitare la presa da parte della finestra dello strumento, un assistente solleva la prostata con un dito infilato nel retto; quindi si coagula il tratto preso con l'ago diatermico e poi si asporta col tubo tagliente. La coagulazione deve essere tanto intensa da chiudere i vasi, senza distruggere profondamente il tessuto, poichè la successiva eventuale caduta di un'escara può da una parte dar luogo a emorragie secondarie, dall'altra a sclerosi tardiva. Prima di togliere lo strumento bisogna badare che non rimangano in vescica pezzi di tessuto, che non ci siano vasi sanguinanti, nè tratti di mucosa strappati. Con l'apparato stesso la vescica viene più volte lavata; l'acqua di lavaggio deve essere lievemente tinta di sangue: se l'acqua è fortemente ematica la coagulazione è stata insufficiente e persiste il pericolo di emorragia; se è limpida la coagulazione è stata eccessiva ed esiste la possibilità di emorragie secondarie e di sclerosi.

Nelle sclerosi del collo è sufficiente togliere 3 pezzi di tessuto; nell'ipertrofia prostatica tanti quanto sembra necessario.

Il trattamento postoperatorio consiste nel drenaggio a permanenza con un catetere n. 22 per 2-6 giorni, in lavaggi vescicali, in cure generali antisettiche.

L'operazione deve essere espletata in una sola seduta.

Complicazioni possono insorgere per difetto di tecnica: perforazione della vescica, strappamento della barra interureterica e degli sbocchi ureterali. Più frequente l'emorragia primaria da insufficiente elettrocoagulazione cui si ovvia con ulteriore coagulazione o con emostasi per via soprapubica; e l'emorragia secondaria, in genere da eccessiva distruzione di tessuto, che si presenta classicamente all'ottavo giorno.

Altre complicazioni sono l'epididimite bilaterale (6-12 % dei casi), e meno frequentemente reazioni pielonefritiche, ascessi renali, stravasi urinari, sepsi, ecc.

Recidive nei casi di sclerosi del collo non esistono; nell'ipertrofia prostatica ammontano al 5-12 %.

La mortalità avuta da parecchi è dall'A. attribuita alla tecnica, che solo da poco tempo ha raggiunto una grande perfezione.

La resezione transuretrale trova indicazioni nella sclerosi del collo; nell'ipertrofia prostatica, nel carcinoma della prostata, e in seconda linea nella resezione del collo in malattie del midollo spinale, con ritenzione d'urina da disturbi d'innervazione dello sfintere; nella asportazione di granulazioni dell'uretra prostatica e del collo vescicale, nello studio bioptico di tumori della prostata e della vescica.

P. STEFANINI.

Sulla litotribolapassi

(M. PAVONE. *Rivista Sanitaria Siciliana*, 15 febbraio 1934).

L'A. ritorna sull'argomento dopo una pratica di più di 17 anni con una esperienza di circa 1000 casi per affermare con le parole di Desnos e Minet che « la litotrisia resta ancora l'operazione di scelta alla quale si sono dedicati, con maggiore o minore entusiasmo, la maggioranza dei chirurgi e degli urologi restando fedeli alla scuola di Kecker; e come l'ha messo in evidenza l'ultimo congresso tedesco di urologia in cui si è affermata l'unanimità quasi assoluta dei chirurgi in favore della litotrisia.

L'A. preferisce la litotrisia in tutti i casi di calcoli non molto duri e voluminosi, in vesciche trattabili o divenute tali dopo un periodo di cura adatta. La grossezza non si può a priori sistematicamente stabilire; le formule espresse in cm. di diametro non hanno valore assoluto.

In più di un caso calcoli apparentemente enormi sono stati facilmente schiacciati dal litotritore; calcoli relativamente piccoli, per quanto assai più di rado, hanno resistito anche al martello. La formula, calcolo molto voluminoso, è quindi molto elastica e risente della capacità dell'operatore; l'interessante è che si riesca a rompere il calcolo; il resto è questione di tempo e di pazienza; vorrà dire che l'operazione invece di essere praticata in un solo tempo, si farà in due o tre tempi sempre nella stessa seduta (l'unicità della seduta è uno dei principali coefficienti di successo) asportando mano mano i frammenti triturati e ritornando a triturare i più voluminosi fino alla completa asportazione dei frammenti.

Controindicazione è l'età troppo piccola del paziente — poi la presenza di diverticoli vescicali; la presenza di corpi estranei infrangibili costituenti il nucleo del calcolo; l'estrema sensibiltà e irritabilità della vescica ribelle alla terapia; la concomitanza di neoplasmi e di lesioni ulcerative; la presenza di stenosi uretrali irriducibili e di notevole ostacolo prostatico che impedisce o rende incerta e difficile la manovra di penetrazione degli strumenti; e specialmente i fatti gravi di sepsi urinaria e la concomitanza di lesioni settiche ascendenti e infine la più frequente controindicazione è la ipertrofia prostatica con ritenzione più o meno incompleta di urina.

Procedendo allo studio delle operazioni praticate, per quanto riguarda l'età su 944 casi ha operato 4 pazienti da 1 a 2 anni; 10 da 2 a 3 anni e progressivamente crescendo fino a raggiungere il massimo 260 pazienti dai 60 ai 70 anni.

Di tutti questi pazienti 925 erano uomini e 19 donne.

Per quanto riguarda la natura dei calcoli: i calcoli uratici sono quasi ugualmente frequenti in tutti i periodi della vita con una proporzione media del 60 % e con un minimo del 33 % dai 2 ai 3 anni ed un massimo del 70 % dai 60 ai 70 anni. Gli ossalici sono più frequenti nella prima età e anche nella giovinezza e vanno da un minimo del 0,81 %, dai 60 ai 70 anni a un massimo del 50 % da 1 a 2 anni.

I fosfatici sono più frequenti nell'età avanzata e vanno da un minimo del 0,2 % dai 20 ai 50 anni ad un massimo del 37-% dagli 80 ai 90 anni.

Per quanto riguarda ancora il numero di calcoli in 750 casi si è trattato di calcolo unico in 194 casi di calcolosi multipla, che, nella maggioranza dei casi, è stata rappresentata da 2-3 calcoli, in altri circa 40 da calcoli numerosissimi.

Riguardo alla recidiva la percentuale è presso a poco la stessa di quella riscontrata negli operati di cistotomia, cioè del 7 % ed è più frequente negli operati dai 60 agli 80 anni.

La mortalità è in media del 2,30 %.

Concludendo da questo vasto esame si può senz'altro affermare la superiorità dell'operazione mediante la litotribolapassi.

N. DI PAOLA.

MILZA.

Voluminose cisti della milza.

(ROY W. BENTON. *The Journal of the American Medical Association*, v. 99, n. 47).

Le cisti della milza sono piuttosto rare. L'A. porta un caso in cui fu fatta la diagnosi esatta prima dell'operazione. L'ammalata, una donna di 28 anni, presentava una tumefazione nel quadrante superiore sinistro, al disotto del margine costale. Questa tumefazione si estendeva anteriormente sino alla linea mediana e si continuava verso l'indietro e in basso, giungendo quasi a due dita al disotto alla cresta iliaca di sinistra.

L'esame radiologico indusse alla diagnosi di splenomegalia con degenerazione cistica.

Venne eseguita la laparotomia con un'incisione sinistra della linea mediana che mise subito in luce una grossa ciste. Lo svuotamento diede esito a tre o quattro litri di liquido color cioccolato. Si vide poi che la cisti era parte della milza, la quale aderiva alla parete addominale, al pancreas e al fegato. Pinzettate, legate e tagliate le forti aderenze venne eseguita la splenectomia. Al disotto del margine splenico fu trovato un piccolo nodulo, che aveva l'aspetto di una milza accessoria.

L'A. ricorda che le grandi cisti della milza sono dovute generalmente ad un trauma, ma in molti casi l'etiologia rimane oscura. Recen-

temente è stato dimostrato che la formazione di cisti è determinata da embolia o trombosi dei vasi splenici (Dobrzaniecki).

Altri tipi di cisti si originano da residui embrionali. Le cisti sono più frequenti nella donna. Vi sono rapporti fra formazione di cisti, gravidanza e menopausa, stati in cui si ha congestione della milza. Sono stati proposti vari metodi terapeutici: marsupializzazione, puntura della cisti, coagulazione del contenuto, estirpazione della cisti stessa.

Il miglior trattamento sembra la splenectomia. Su 50 splenectomie si è avuto un solo decesso. I casi di grandi cisti non parassitarie della milza descritte nella letteratura sono finora 96. SCANDURRA.

Il tumore di milza nell'infanzia.

(H. LEHNDORFF. *Wiener klin. Wochens.*, 17 novembre 1933).

Molto più spesso che nell'adulto, si trova nel bambino una milza grossa. Ciò si deve in parte al fatto che in questa età il tessuto linfatico largamente sviluppato, a cui appartiene anche la milza, ha tendenza a reagire intensamente ad ogni stimolo. In una serie di casi, il tumore di milza ha il valore di un segno concomitante; la diagnosi è già stata fatta su altri segni ed esso costituisce un'evenienza attesa, anzi la sua mancanza sorprenderebbe. Tale è il caso per la tifoide, la malaria, la sepsi, la sifilide dei poppanti, nonchè le manifestazioni postinfettive della polmonite, della cistopielite.

Invece, vi sono casi in cui la splenomegalia è un sintoma dominante, che indica la necessità di altre ricerche, quali la reazione di Wassermann, le prove alla tubercolina, le ricerche morfologiche e biologiche sul sangue, urina, feci, ecc.

Due fatti particolari rendono spesso difficile l'apprezzamento del tumore di milza. L'uno che splenomegalia non sempre è identica a splenopatia; inoltre l'ingrossamento dell'organo, che appare lo stesso clinicamente, può essere invece dovuto a condizioni diverse: iperplasia della polpa, come invece accrescimento dello stroma, oppure depositi leucemici o granulomatosi.

Un'altra difficoltà è data dal fatto che non vi sono metodi per la prova funzionale della milza, come vi sono invece per il fegato, il rene, il cuore. Non disponiamo che della palpazione e della percussione, mediante le quali possiamo riconoscere la grossezza e la consistenza dell'organo, la sua sensibilità, la costituzione della superficie.

Nei poppanti, la palpabilità è condizionata dallo stato degli organi circostanti. Così, nella rachitide a causa del sollevamento degli archi costali e nell'abbassamento del diaframma, per il rigonfiamento dei polmoni, la milza si rende libera e si presenta come ingrandita. La realtà delle cose potrà riconoscersi mediante la palpazione leggera sotto l'arcata costale e durante gli atti respiratori, oppure nei casi dubbî con l'introduzione di gas nell'intestino o con il pneumo-peritoneo e l'osservazione radiologica. Il rimpicciolimento della milza mediante l'adrenalina è incostante, dalla lienografia col thoratrast è meglio astenersi. La puntura della milza si farà soltanto in casi eccezionali, se vi sia il sospetto di kala-azar, morbo di Gaucher o di Pick-Niemann, granulomatosi, tubercolosi della milza; si deve però escludere la possibilità che si tratti di stati leucemici o trombopenici, perchè si potrebbero avere gravi emorragie.

Oltre alla disposizione generale per le reazioni, nell'infanzia si accusano altri fattori costituzionali come causa del tumore di milza, principalmente la diatesi essudativa ed il linfatismo. È un fatto che in molti bambini con eczemi, orticaria, catarri recidivanti, si ha oltre ad una poliadenite una milza grossa, un po' dura. Ma forse questo tumore di milza non è dato da iperplasia condizionata dalla costituzione, ma esso costituisce un residuo ed una sequela delle ripetute infezioni. Nemmeno si può dire che esista una splenomegalia rachitica; anche in tal caso, la causa è data da ripetute infezioni.

Fra le molteplici affermazioni che danno il tumore di milza si distinguono le splenomegalie emopoietiche, emolitiche, epatolienali, il tumore di milza delle reticulosi, negli stati osteosclerotici ed infettivi e finalmente dei tumori. Tutto questo può far pensare ad una gran confusione, ma in pratica le cose sono assai più semplici.

Nell'infanzia, le massime difficoltà si hanno quando il tumore di milza si presenta con sintomi generali vaghi, anemia, febbre, dimagramento, ecc., senza nessun segno organico caratteristico. In tutti questi casi, si farà anzitutto un esame di sangue con cui si spiegheranno molte splenomegalie, p. es., le mielosi e le linfoadenosi negli stadî precoci e nelle remissioni. Inoltre, l'anemia pseudoleucemica, propria dei poppanti viene caratterizzata da una eritroblastosi in sangue anemico.

Fra le infezioni croniche, la sifilide congenita provoca un grosso e duro tumore di milza, mentre la tubercolosi per lo più decorre senza ingrossamenti della milza. Il tumore di milza, lo stato subfebbrile e la debolezza si trovano nella tubercolosi isolata della milza; la presenza di poliglobulia conduce spesso alla diagnosi.

Le grosse milze delle anemie emolitiche non offrono difficoltà diagnostiche. La combinazione della triade clinica: anemia, itterizia e tumore di milza, con la triade ematologica: microcitosi, diminuita resistenza globulare ed aumento della bilirubina del siero danno sufficienti punti di appoggio. Molto difficile può essere il riconoscere nei bambini la rara linfo-

granulomatosi isolata della milza; spesso conducono alla diagnosi le ineguaglianze che si palpano alla superficie della milza ingrossata e dura; utili segni sono anche il tipo di febbre ricorrente, la diazoreazione positiva, la polinucleosi con notevole leucopenia.

Nella febbre ghiandolare, il tumore di milza può far sorgere difficoltà diagnostiche, quando gli ingrossamenti ghiandolari sono minimi o scomparsi. Il quadro sanguigno darà gli elementi per la diagnosi: linfomononucleosi con numerose plasmazellen.

Ricordiamo anche la rosolia, in cui talora dopo scomparso l'esantema rimane una grossa milza. Fra le affermazioni protozoarie, sono da tenersi presenti la malaria ed il kala-azar (presenza del parassita nel succo ottenuto con la puntura della milza).

Per quanto riguarda il morbo di Werlhoff, si ricordi che nell'infanzia la maggior parte dei casi di porpora trombopenica od anafilattoide decorre senza tumore di milza. Un enorme ingrossamento della milza si ha nel raro quadro di insufficienza della milza, in cui si osserva una eosinofilia massiva, che dura a lungo.

Nessuna difficoltà offre il riconoscere il morbo di Gaucher e quello di Pick-Niemann. Il primo incomincia nell'infanzia, decorre cronicamente con una milza enorme e con cachessia progressiva; ingrossamento anche del fegato, pigmentazione giallo-ocra. Il secondo si osserva soltanto nei poppanti delle Indie orientali, spesso accompagnato da amaurosi ed idiozia e porta in pochi mesi alla morte.

Rimane ancora un gruppo di quadri morbosi poco chiari, caratterizzati da ingrossamento della milza e del fegato, da anemia secondaria, per lo più con leucopenia e linfocitosi, che si ascrivevano un tempo al morbo di Banti. Lo stesso complesso sintomatico si può avere per tutte le possibili cause infiammatorie o tossiche, che agiscono nel territorio della porta: cirrosi epatiche da alcool, sifilide, flogosi delle vie biliari, ma anche in conseguenza di stasi indurativa nella *Concretio cordis* o perisplenite nella flogosi delle sierose.

Vi è ancora un piccolo gruppo di splenomegalie, che resistono all'indagine diagnostica; vi sono bambini in cui il tumore di milza permane a lungo senza determinare disturbi dello stato generale. Si tratta probabilmente di splenomegalie sviluppatesi in seguito ad infezioni che sono rimaste sotto la soglia della riconoscibilità clinica. Come dopo la febbre ghiandolare permane a lungo la linfoadenite, così il tumore di milza può rimanere dopo l'infezione ed imporsi come malattia primaria. Soltanto in casi eccezionali può accadere che nemmeno l'autopsia dia la spiegazione del tumore di milza; ma si tratta di fatti che stanno ai confini del nostro sapere.

fil.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA.

L'acqua pesante.

L'acqua ed i suoi componenti, idrogeno ed ossigeno, sono sempre stati considerati di una tale costanza di composizione e di proprietà da essere adottati come basi di molte misure: l'idrogeno e l'ossigeno per i pesi atomici, l'acqua per tutte le nostre misure di peso. Ma anche queste basi, al pari di tante altre ai giorni nostri, stanno per crollare.

È noto che esistono i così detti *isotopi*, cioè elementi che contengono atomi di vario peso; così è noto che il cloro consta per il 76 % di un cloro di peso atomico 35 e per il 24 % di Cl a peso atomico 37; lo stagno contiene 11 isotopi e così via. Si riteneva però che l'idrogeno, elemento tanto leggero, non contenesse isotopi.

Recenti ricerche di scienziati americani, Urey e collaboratori, hanno invece dimostrato anche nell'idrogeno la presenza di 2 isotopi, il *protio* (H^1) ed il *deuterio* (H^2), accertata mediante fini misure fisiche. Il fatto più importante di questa scoperta è la grande differenza di peso fra i 2 tipi di atomi, che è di 1 a 2, quale non si osserva in nessun altro isotopo.

Dall'esistenza di queste due specie di atomi di idrogeno, si deduce che devono esistere anche due specie di acqua, quella leggera, la consueta acqua, che a 20° pesa 0,9982, e quella pesante, che pesa invece 1,1056. La prima potrà esprimersi con la formula H^1H^1O, la seconda con H^2H^2O (D_2O), dai pesi molecolari rispettivi 18 e 20.

Le proprietà fisiche sono diverse, col punto di ebolizione a 101°,4 e quello di congelamento a + 3°,8, con quello di massima densità a 11°,6 anzichè a 4°. Variano anche l'indice di rifrazione, la tensione superficiale, la conducibilità elettrica e la solubilità in essa dei sali, che diminuisce.

L'acqua pesante si può ottenere mediante la decomposizione elettrolitica dell'acqua stessa, in cui si distacca in maggior proporzione l'isotopo leggero, sicchè quello più pesante si concentra man mano e si può arrivare fino ad un prodotto che contiene il 99,9 % di acqua pesante e che merita realmente questo nome in quanto che pesa circa 100 in più per 1000.

L'acqua pesante è contenuta in quella comune nella proporzione del 0.2/1000; tenuto conto però delle enormi quantità di acqua che si trovano in natura, si comprende che anche di acqua pesante ne devono esistere notevoli quantità, le quali, trovandosi forse in proporzioni varie, possono influire sulle proprietà dell'acqua stessa.

L'esistenza, poi, di due isotopi di ossigeno fa sì che le varietà di acqua aumentino. Ed aumentano pure, di riflesso, anche gli innumerevoli componenti in cui entra l'idrogeno ed è già stata preparata, p. es., una ammoniaca

in cui i 3 atomi di idrogeno sono sostituiti da quelli di deuterio (ND_3).

Scoperte di tal fatta possono avere grande importanza per la chimica: a cominciare dai calcoli stechiometrici che ne possono venire alterati (ciò dimostra che la pretesa precisione è molto approssimativa) per finire con le applicazioni tecniche, che non sono per ora prevedibili.

Ancor più interessante è la parte che in biologia può rappresentare l'acqua pesante, nel meccanismo degli esseri viventi, in cui l'acqua ha una enorme importanza, ben lontana dalla funzione troppo semplicista, che le si attribuiva un tempo, di semplice fase solvente e che la chimica fisica e colloidale mettono ora in luce.

Le ricerche biologiche sono ancora all'inizio. Si sa di già, però, che in un'acqua col 92 % di acqua pesante, i girini muoiono in un'ora, i pesci in 2, i vermi in 3, i protozoi in 48. Si può anche affacciare l'ipotesi che la vitalità delle cellule possa essere compromessa da variazioni nell'equilibrio elettrolitico dell'organismo. Il campo di ricerche si presenta pertanto assai interessante, fecondo di risultati e forse di nuovi orientamenti. A. FILIPPINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. VIOLA. *Trattato di semeiotica*. Tre volumi divisi in 6 parti. F. Vallardi, Milano, 1933.

Notiamo anzi tutto con grande compiacimento e come fatto di grande e significativa importanza che da qualche anno il numero e il valore delle opere di medicina pubblicate in Italia è in cospicuo aumento, il che è oltre che di importanza scientifica e pratica anche nazionale, perchè le manifestazioni scientifiche e culturali di un popolo sono certo l'espressione migliore della sua maturità. E l'opera che Viola, il clinico medico di Bologna oggi presenta è, per la mole e per l'alto intrinseco valore, di quelle che, non solo fanno grande onore all'uomo e alla sua Scuola, e ne dimostrano profondità, passione e organizzazione, ma che contribuiranno veramente alla diffusione, in Italia e fuori, del pensiero scientifico nazionale.

« La semeiotica è la Scienza che ci apprende a rilevare e ad interpretare i segni delle malattie », afferma Viola nel capitolo introduttivo; e la semeiotica comprende oltre alla semeiotica fisica quella radiologica e quella di laboratorio, semeiotiche speciali quest'ultime, che portano contributi propri, costituenti fatti del tutto nuovi, che sfuggono spesso agli altri mezzi d'indagine; basta infatti considerare ciò che danno la percussione e l'ascoltazione, applicate all'esplorazione del polmone, ma prevalentemente per i suoi strati superficiali del polmone in confronto alle segnalazioni e dimostrazioni che la radiologia dà in profondità.

« Il più saggio consiglio che si possa dare ad un medico pratico è quello di esaminare da capo a piedi e con tutti i mezzi tutti i pazienti», afferma il Viola. Ma, d'altra parte, sappiamo quanto facile sia per il medico pratico cadere, malgrado il più diligente esame, nelle illusioni, nei cosidetti « *idola mentis* » di Bacone; e compito della semeiotica è appunto anche quello di insegnare al medico a separare il fatto dalla interpretazione del fatto.

L'impostazione filosofica e scientifica che Viola, nel capitolo introduttivo, dà alla trattazione della semeiotica considerata come mezzo d'indagine sperimentale e come elemento essenziale della medicina pratica, ben dimostra la grande importanza dell'argomento svolto, e pienamente giustifica il lavoro imponente che Viola e la sua Scuola hanno compiuto per questo grande trattato italiano di semeiotica.

Collaboratori preziosi di Viola sono stati i professori Schiassi, Dalla Volta, Alzona e Benedetti; inoltre la parte riguardante la semeiotica della pelle è stata magistralmente svolta da Martinotti, direttore della Clinica dermosifilopatica di Bologna, in un interessantissimo capitolo del 2° volume (2ª parte), dedicato alle semeiotiche specialistiche.

Nella trattazione alla semeiotica di ogni apparato è stata, con ottimo criterio, unitariamente compresa anche la semeiotica pediatrica e quella radiologica. La prima è in gran parte svolta dal compianto prof. Francioni; e si deve veramente riconoscere che la comparazione, la fusione della semeiotica dell'adulto con quella del bambino, non solo può esser utile ai pediatri che necessariamente debbono riferirsi al dottrinale dell'adulto, ma altresì, notevolmente, al clinico medico generale e al medico pratico.

L'importanza, che l'indagine radiologica ha oggi assunto, rende particolarmente interessante uno svolgimento unitario quale nel trattato è stato fatto, dei mezzi d'indagine della semeiotica radiologica e di quelli della semeiotica comune; il prof. Palmieri, allievo di Busi, ha, al riguardo, assai bene adempiuto al suo non facile compito.

Nella prima parte del primo volume sono svolti l'esame generale dell'ammalato, e la semeiotica del torace. Sopratutto il capitolo sull'apparato cardiovascolare per la sua vastità e per la sua completezza si presenta particolarmente interessante; anche i più moderni metodi grafici e la radiologia dell'apparato cardiovascolare sono ampiamente ricordati; utili, tra la ricca documentazione iconografica, i numerosi modelli radioplastici di cuori sani e ammalati. Nel capitolo sull'apparato respiratorio, il debito svolgimento è dato agli esami funzionali, e ottimamente trattata dal Palmieri è la semeiotica radiologica.

La seconda parte del primo volume è dedicata all'addome, compresi l'apparato orinario

e genitale. I ricordi anatomo-clinici, l'indirizzo pratico seguito nella valutazione dei sintomi delle malattie dell'addome, la semeiotica pediatrica fusa, come del resto in tutti i capitoli, con quella dell'adulto, l'esposizione delle prove funzionali, le indicazioni e le controindicazioni all'esame radiologico e la tecnica di questo, fanno di questa parte dell'opera una guida utilissima al medico pratico, per l'orientamento diagnostico nel difficile campo delle manifestazioni patologiche addominali. Utile anche l'ultimo capitolo sulla semeiotica speciale dei tumori dell'addome.

La semeiotica del sistema nervoso di relazione e del sistema nervoso vegetativo è svolta nella prima parte del secondo volume. Molto opportuno è il capitolo introduttivo di Benedetti sull'anatomia clinica e la fisiopatologia del sistema nervoso di relazione, data la parte prevalente e integrativa che nella diagnostica del sistema nervoso ha la topografia anatomica.

Assai bene e ampiamente illustrata è la sintomatologia neurologica secondo i più moderni criteri. E utilissima è l'esposizione di tutte le prove complementari dell'indagine sulle funzioni nervose di relazione: l'esame elettrico, la cronassia, l'esame dell'occhio (con numerose tavole colorate), l'esame funzionale dell'orecchio, la semeiotica radiologica. Capitolo che può considerarsi nuovo, nella sua forma espositiva, è quello riguardante la semeiotica del sistema nervoso vegetativo; nel quale Schiassi ha saputo far prevalere ciò che è manifestazione clinica delle alterate funzioni del sistema autonomo, sulle intricate e spesso non chiare concezioni dottrinali.

Particolarmente interessante è la voluminosa seconda parte del secondo volume. Nella semeiotica endocrinologica anzitutto, Dalla Volta è riuscito, con indirizzo analogo a quello seguito da Schiassi nella semeiotica del sistema nervoso vegetativo, a ben mettere in rilievo il quadro clinico delle principali malattie da disfunzione endocrina, senza soffermarsi eccessivamente sull'interpretazione dottrinale delle molteplici abnormi manifestazioni funzionali non chiaramente riferibili ad una unitaria concezione patogenetica.

L'importanza che ha assunto la patologia cutanea nei riguardi della medicina interna rendono utilissimi, il bel capitolo di Martinotti sulla semeiologia cutanea, e i capitoli di Dalla Volta sui metodi di esame della permeabilità capillare e sulle reazioni cutanee allergiche.

Viola chiude il secondo volume col capitolo sulla valutazione della costituzione individuale nei due sessi; i contributi fondamentali che Egli ha dato alla fisiologia e alla patologia della costituzione rendono la trattazione particolarmente originale e interessante; essa d'altra parte come semeiotica della costituzione, non ha precedenti nè da noi nè all'estero. Rileva Viola che nella costruzione della diagnosi patogenetica individualistica, il metodo diagnostico quantitativo assume grande importanza, considerando che l'entità dell'effetto è per lo più, in natura, quantitativamente proporzionale all'entità della causa.

Viola fa una sottile disamina del procedimento empirico e scientifico col quale la patologia « compone » il quadro « normale » delle varie malattie; in base alla « legge degli errori » è evidente che tutte le nostre descrizioni di carattere qualitativo rappresentano in realtà altrettante valutazioni mentali ora di quantità e ora di frequenza, in base a scale di confronto che si trovano già pronte nella nostra mente dove le ha preparate la lunga nostra esperienza. La curva di frequenza seriale, espressione della legge di distribuzione degli errori, col suo caratteristico andamento, bassa agli estremi e parallela all'asse delle ascisse, ed elevantesi rapidamente da un estremo all'altro, simmetricamente, a mano a mano che si avvicina al centro, ci spiega come tutti i caratteri ubbidiscano a una legge di frequenza seriale e ci indica quale sia il comportamento delle varianti della individualità normale e delle sue manifestazioni morbose. Qualsiasi caso, corrispondente ad una determinata quantità, sopra o sotto la ordinata massima centrale della curva di frequenza seriale, trova sempre un caso antitetico corrispondente della stessa entità, collocato inversamente, sopra e sotto la detta ordinata. Su tali concetti è impostata la poderosa trattazione della semeiotica costituzionale. Ma devesi dire, d'altro canto, che nella esposizione delle sue concezioni costituzionaliste, Viola tiene ben presente la loro applicabilità all'ammalato, secondo l'indirizzo fondamentale che Egli ha impresso a tutta l'opera. L'interessante capitolo oltre ad avere un notevole valore scientifico assume quindi grande valore per l'importanza, che anche nella medicina pratica, potrà assumere l'introduzione dell'indagine « quantitativa » nella valutazione dei fatti patologici della Clinica.

Il volume terzo è completamente dedicato ai metodi di laboratorio. Nella prima parte del volume sono svolte da Dalla Volta le ricerche che si eseguono sul sangue; e tra esse troviamo, sia le più semplici che le più complicate: ma dobbiamo rilevare che anche queste ultime sono state scelte tra quelle che hanno la maggiore possibilità di applicazione pratica; il lettore ha d'altra parte la sensazione che chi ha scritto ha personalmente eseguito gran parte dei metodi esposti o per lo meno si è reso conto della difficoltà che talora il medico (che non sempre può essere un laboratorista perfetto). incontra nell'attuazione pratica dei metodi descritti; pregio questo non comune ai libri che trattano di tecniche di laboratorio. Inoltre per ogni ricerca, specie per quelle meno comuni non vien data una inutile elencazione di metodi, ma spesso un solo metodo è descritto, ben scelto tra i tanti esistenti, seguito quasi sem-

pre da una chiara, pratica, esemplificazione, da tabelle utilissime per la rapidità dei calcoli, da dati precisi sul contenuto normale delle varie sostanze nei liquidi dell'organismo, la cui composizione viene in clinica più frequentemente indagata.

Tra le ricerche chimico-fisiche oltre alle più comuni, troviamo ben descritte anche le moderne tecniche refrattometriche, crioscopiche, viscosimetriche; inoltre, chiaramente e in modo completo, sono esposte le ricerche chimiche anche più delicate.

Vasta la trattazione delle ricerche morfologiche e della semeiotica speciale ematologica nella quale è in realtà compresa tutta la diagnostica delle malattie del sangue.

Fra le ricerche microbiologiche sono descritte quelle riguardanti la dimostrazione dei parassiti del sangue e l'emocoltura dei germi più importanti compreso il bacillo di Koch. Tra le ricerche immunobiologiche troviamo tutte quelle più moderne e più usabili praticamente in Clinica, descritte, come sempre, in modo che anche il ricercatore non espertissimo, possa facilmente eseguirle. Così lungamente svolte sono le tecniche e il significato della reazione di Wassermann, delle moderne reazioni di flocculazione per la diagnosi della lue, delle reazioni batteriolitiche, di quelle emolitiche e di molte altre.

Nella seconda parte del terzo volume sono descritte in modo altrettanto esteso e completo le ricerche riguardanti le urine, le feci, il liquido cefalorachidiano (a proposito del quale sono tra l'altro ricordate tutte le indagini immunobiologiche), l'escreato, il pus, i prodotti patologici della bocca e del rino-faringe, gli essudati, i trasudati, i liquidi cistici, il contenuto gastrico e quello duodenale. Chiude il volume un'utilissima appendice che tratta dei fondamenti della tecnica batteriologica e di quella chimica e fisica.

Questa l'opera del Viola e dei suoi collaboratori; opera veramente grandiosa, presentata dalla Casa Editrice Vallardi in elegante edizione, che avrà indubbio successo sia negli ambienti scientifici che tra i medici pratici, e tra coloro che si accingono allo studio dell'ammalato. Essa deve esser considerata come una completissima trattazione della diagnostica e della tecnica semeiologica, fatta con indirizzo sopratutto clinico, proporzionata nelle sue parti, perfettamente aggiornata, rispetto alle questioni oramai solidamente acquisite, inspirata a concezioni basate su vasti orizzonti culturali, e sulla pratica fatta al letto dell'ammalato. Debbo infine rilevare che unendo insieme gli allievi della sua Scuola medica bolognese Viola è riuscito a dare anche una notevole unità al trattato, pregio difficile questo ad ottenere nelle opere in collaborazione. Ed è da auspicare che l'alta e nobile fatica compiuta da Viola e dai Suoi collaboratori serva alle scuole mediche italiane di esempio e di incitamento a perseguire anche nella forma di attività trattatistica, e ciò allo scopo di sempre più improntare la mentalità dei nostri medici, non alla produzione straniera, ma all'attività culturale degli studiosi italiani e alla valorizzazione delle nostre Scuole, dei nostri sforzi, della nostra passione.

C. FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. MICHEL, M. MUTEL, R. ROUSSEAUX. *Les traumatismes fermés du rachis.* Ed. Masson, Paris, 1933. Frs. 50.

La conoscenza delle lesioni traumatiche della colonna vertebrale ha fatto in questi ultimi tempi progressi così notevoli, specialmente in seguito a lavori usciti da centri traumatologici e basati su imponenti statistiche, che i capitoli che ad esse dedicano trattati anche abbastanza recenti, risultano completamente inadeguati.

Se si pensa poi all'importanza pratica dell'argomento, in vista anche del materiale offerto dagli infortuni sul lavoro, non è chi non vede l'utilità d'una pubblicazione sintetica sull'argomento, chiara ed esauriente come questa che presentiamo.

Precede un richiamo alle nozioni indispensabili di anatomia, di fisiologia e di semeiotica. Segue la descrizione delle sindromi nervose da lesioni midollari. La patologia sulle varie lesioni è poi suddivisa per regioni (atlante e asse; colonna cervicale; colonna dorsale e lombare).

Completano l'opera un breve capitolo sulle lesioni del disco e uno assai nutrito sugli aspetti medico-legali dell'argomento.

L'esposizione chiara, didattica e utili richiami bibliografici accrescono i pregi del libro.

E. VENEZIAN.

P. BUFNOIR. *Les arthrodèses dans la coxalgie.* Ed. Masson, Paris, 1933. Frs. 20.

La fissazione articolare, l'artrodesi nella cura dell'osteoartrite tubercolare dell'anca ha rapidamente guadagnato in questi ultimi anni il favore di numerosi chirurgi ed ortopedici, così da trovare, secondo alcuni, le indicazioni più estese.

Innumerevoli i contributi casistici, assai spesso rivolti a illustrare le modalità tecniche nelle numerose varianti possibili.

A un'opera di critica meditata si è accinto ora il Bufnoir, sulla base di 75 casi attentamente studiati nel reparto del prof. Sorel dell'Ospedale Maino di Berck.

L'importanza del lavoro deriva tuttavia più che dal numero dei casi, dalla critica dei risul-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tati definitivi, dopo un periodo di tempo sufficientemente lungo per una giusta valutazione dal punto di vista anatomico e di quello funzionale.

L'A. tende a limitare l'intervento artrodesizzante a un gruppo di casi bene individualizzati; le proscrive del tutto nelle coxiti in evoluzione del bambino.

Tutti i casi sono riportati in breve: il libro è illustrato da alcune serie di radiogrammi, scelti fra i più dimostrativi. Esso rappresenta un notevolissimo contributo allo studio del soggetto.

E. Venezian.

H. Westhues. *Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Chirurgie des Rektum Karzinoms.* Edit. G. Thieme, Lipsia, 1934. Vol. 4°, di pag. 116, con 107 fig. in parte a colori. M. 32.

Questo libro del Westhues ha una grande importanza nello studio del carcinoma del retto. Oltre che da un punto di vista anatomopatologico il lavoro è stato condotto in primo luogo per lo studio delle vie di disseminazione del tumore e sui rapporti tra il cancro del retto e alcune lesioni precancerose, specialmente i polipi. La loro importanza, già affermata dallo Schmieden, risalta nettamente dalle osservazioni precise e complete dell'A.

In base allo studio delle vie di diffusione il Westhues afferma essere veramente radicale soltanto l'amputazione per via addomino-perineale e l'amputazione per via sacrale secondo Goetze. Tutti gli altri metodi non devono essere considerati radicali.

Valdoni.

H. Killian. *Facies dolorosa.* Vol. di pag. 88, 4°. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1934. M. 19.60.

È una raccolta di 64 fotografie di malati in vari stadi di malattie e per lo più colpiti di affezioni di ordine chirurgico.

Come dice il titolo, l'A. ha voluto riprodurre in un libro i vari aspetti di una faccia dolorante di malato a scopo didattico. Le fotografie, fatte con mezzi semplici, come avverte il Killian, e con quel di più che non si può imparare, sono veramente belle e artisticamente riuscite.

Valdoni.

STORIA DELLA MEDICINA

Celso e lo stato della medicina ai tempi di Augusto.

(R. Caballero. *Semana Médica*, 5 aprile 1934).

Aulo Cornelio Celso, grande medico e scrittore, della cui opera *De Arti*, è rimasto a noi il solo sesto libro che è il « Trattato di Medicina », rappresenta in Italia la pura tradizione della scienza Greca, che ha a lungo dominato nel nostro paese. La medicina penetrò in Roma intorno al 535 dalla fondazione della città, rappresentata da un medico greco, Argacanto. Più di cinque secoli vissero i romani senza medici: questo fatto costituisce uno dei problemi più oscuri della storia della medicina.

È probabile però che, non esistendo rappresentanti diplomati della scienza medica, dei procedimenti segreti per la cura delle malattie fossero stati trasmessi dai fondatori della civilizzazione romana ad alcune famiglie elette, così come è avvenuto in generale agli inizi delle varie civilizzazioni indiana, egiziana, degli Incas.

Nei primi tempi di Roma, dagli accenni che ne fa Catone nel suo « De Re Rustica » ogni infermità era curata con la invocazione ad un determinato spirito e il regime alimentare era la base di tutte le cure.

Sull'efficacia di simile terapia si possono elevare dei dubbi ma il fatto resta: i romani vissero per 535 anni senza medici e curavano le malattie generali come quelle traumatiche con procedimenti segreti.

Il primo medico diplomato che si stabilì a Roma fu Asclepiade, greco, che aveva compiuto i suoi studi nella scuola di Alessandria: a parte il suo nome, nulla ha egli a che fare con gli Asclepiadi, discendenti di Esculapio, a cui apparteneva Ippocrate.

La scuola di Alessandria, dalla quale egli proveniva, aveva applicato all'esercizio della medicina il sistema pratico o sperimentale, ispirato alle dottrine di Democrito, esposte e deformate da Leusippo ed Epicuro. Negavasi in detta scuola la forza vitale e la forza psichica, la cui esistenza costituisce la base della medicina ippocratica.

Come i suoi maestri di Alessandria, Asclepiade cercò di sostituire la teoria umorale con quella che egli chiamava nuova dottrina organica e fisica. La patologia, secondo lui, deve appoggiarsi sulla fisiologia. Il mondo fisico non ha alcuna influenza sulle infermità, nè queste sono influenzate da altre forze che non siano le risultanti delle cieche combinazioni degli atomi. Il corpo umano è una sintesi di codeste combinazioni fortuite. Le teorie che accettano o suppongono la esistenza di altre forze che non siano quelle che reggono le reazioni fisiche, sono esposte al funesto errore degli ippocratici, la cui medicina aspettante è per Asclepiade « *una indolente meditazione davanti alla morte* ». Considerando il corpo come il risultato della aggregazione degli atomi, Asclepiade sostiene che le sue funzioni dipendono dalla forma e grandezza dei pori o lacune che li separano, così come dal movimento di altri atomi più sottili che circolano tra essi. Si intravede qui la geniale idea di Democrito, dimostrata vera dalla scienza moderna rispetto alla discontinuità della materia. Se gli atomi circolanti non incontrano nessun ostacolo nel loro perenne movimento,

avremo la salute. Da questa ipotesi derivava la terapia: gli esercizî ginnici, il bagno, l'aria aperta, la rigida dieta dovevano contribuire a mantenere questa circolazione normale.

Per Asclepiade e per la scuola di Alessandria, le contingenze fenomeniche sono fatti estrafisici ed obiettivi, e le relazioni organiche della materia danno luogo a proprietà intrinseche e soggettive le quali obbediscono anch'esse al caso che ha riunito gli atomi per formare qui un organo, lì una cellula o una pietra. Per Ippocrate, in cambio, esiste un principio preesistente alla materia: un principio di vita, una forza infusa nella materia, dalla quale questa riceve potenza e attitudine. Fra gli estremi di questo tragico dilemma si agita da secoli lo spirito dell'uomo.

Asclepiade fu dunque il primo medico con titolo ufficiale che esercitò con successo la professione in Roma, e vi fondò una scuola medica. Cicerone fissa la data della sua morte nell'anno 630 dalla fondazione di Roma e riferisce come gli sia successo nella direzione dell'insegnamento e nella pratica della sua arte il medico Themisson, anch'egli greco di Laodicea. Questi muore a 80 anni, nel 710, e cioè nell'epoca dell'assassinio di Cesare. Sotto il suo influsso la medicina si riduce ad un'arte inferiore commercialistica. Fioriscono gli specialisti: dentisti, ernisti, specialisti in ferite (doveva essere la specialità *elegante di quei tempi!*), ostetrici, stomatoiatri, otoiatri e perfino *specialisti dell'ugola*. Mentre la profanata scienza dei veri Asclepiadi si perdeva nel tumulto di codesta pullulante mediocrità (oh, verità dei *ricorsi storici!* N. d. R.) i ciarlatani commerciavano con i moribondi, fissavan tariffe per ciascun dolore, presentavano come molto grave qualsiasi infermità (l'espediente è vecchio, ma pare che funzioni sempre bene. N. d. R.), per avere così la possibilità di commerciare con la paura dei malati. Perchè nulla manchi al quadro, appaiono le *cliniche private* e i *sanatori* dove i medici si trasmutano in veri sequestratori dei pazienti! *Nihil sub sole novi* dunque.

Contro la sistematizzazione delle cure, si levano, per quanto sempre nell'ambito delle idee generali di Asclepiade, i fratelli Mussa i quali furono celebri in Roma, il minore Euforbio per essere il medico di Juba, re di Mauritania e il maggiore Antonio per aver guarito Augusto da una grave affezione epatica. Il procedimento che essi utilizzavano era detto « dei contrari »; consisteva nell'abbandonare, nel corso di una malattia che era curata senza alcun esito, i medicamenti fin'allora usati, sostituendoli con i *loro contrari*. (Anche questo metodo è particolarmente *caro* ad alcuni medici di oggi! N. d. R.).

Fu appunto con tale metodo che Augusto guarì della sua affezione epatica, pare una colecistite: questa era combattuta con medicazioni calde: bagni, fomenti, bibite calde e proibizione assoluta della lattuga (Plinio - libro XIX).

Antonio Mussa ordinò bagni freddi, bibite gelate, clisteri freddi e somministrazione di lattuga. Augusto guarì e ad Antonio Mussa il Senato decretò una statua in vita! Il successo di Mussa aveva reso questi tanto orgoglioso che fu necessario un altrettanto rumoroso insuccesso perchè la sua petulanza si chetasse e gli spiriti si volgessero verso l'equilibrio. Tale insuccesso egli conobbe con la morte di Marcello, figlio di Ottavio e prediletto di Augusto, che già lo aveva adottato perchè gli succedesse nel governo dell'impero.

Marcello era stato curato da Mussa col suo metodo dei bagni freddi. Dion Cassio, nel libro XIII, dice: « Era necessario che Antonio (Mussa) che si appropriava della opera della fortuna e del destino, pagasse la pena di tanta arroganza. Augusto guarì, però non molto tempo dopo, morì Marcello, curato con lo stesso metodo dallo stesso Mussa ».

Fu appunto in mezzo a questo falso splendore di un'arte pedantesca, esercitata da ignoranti senza coscienza e che aveva meritato da Virgilio l'appellativo di « arte muta e ingloriosa », che Celso pubblicò la sua opera, la quale non ebbe diffusione nella massa del popolo, ma fu solo conosciuta ed apprezzata dal gruppo eletto dei suoi amici, i quali rappresentavano anche l'intellettualità della corte imperiale: Orazio, Ovidio, Properzio, Mecenate, Virgilio ecc. I libri di Celso si pubblicarono negli anni dal 720 al 726 dalla fondazione di Roma e cioè agli inizi dell'era cristiana. Il VI libro, che è l'unico che è giunto a noi, costituisce il « Trattato di medicina »: è un modello di eleganza nello scrivere, ricco di dati storici e scientifici preziosi.

I suoi paragrafi scultorei lasciano qua e là intravedere la ingenuità dell'uomo probo, l'umanità del cuore benevolo, in una parola gli attributi che caratterizzavano Ippocrate. Come il suo Maestro, egli cerca di opporsi alla licenza dei costumi e fa frequenti richiami alla moralità. Nello stabilire le regole della etica professionale, attacca con durezza l'*istrionismo* medico, il quale magnifica i più piccoli dettagli del trattamento. Da tutta la sua opera emana un profumo di onoratezza, di rispetto per la umanità sofferente, di sacrifizio nell'adempimento della missione. Nè miracoli nei suoi successi terapeutici, nè scetticismi sistematici negli insuccessi. Alla sua serietà ed equilibrio superiori fanno un ben meschino contrasto le lotte indecorose dei discepoli di Alessandria, che maneggiavano la scienza come industriali avidi, *mercatores* i quali credevano di possedere la formula universale atta a riordinare il caos patologico!

G. LA CAVA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 30 aprile 1934.

Presiede: L. GIUFFRÈ, presidente.

Diabete renale e glicosuria florizinica.

U. LOMBROSO. — La glicemia dei colombi alimentati non viene profondamente abbassata dalla intossicazione florizinica, come è stato affermato per i conigli (digiunanti). Dopo la somministrazione di glucosio la glicemia dei colombi intossicati con florizina si eleva a cifre altissime, molto superiori che non nei normali. Il Q. R. rimane sempre molto basso, e tale si mantiene anche nei ratti florizinati nei quali sia stata bloccata la funzione renale.

Movimenti respiratori della rana in seguito a stimoli periferici dopo legatura del peduncolo dei grossi vasi cardiaci e dopo cocainizzazione del bulbo.

C. ZUMMO. — L'O. dimostra che nella rana stimoli periferici diversi possono interrompere le pause respiratorie del ritmo periodico di Cheyne-Stockes e determinare l'insorgere di atti respiratori quando questi sono sospesi per cocainizzazione del bulbo.

Contributo alla conoscenza degli effetti tossici del veleno di rospo.

G. CATALANO e F. LONGO. — Il veleno di rospo dimostra una differente tossicità nei colombi e nei ratti. In questi ultimi una dose otto volte maggiore di quella rapidamente mortale per i colombi non provoca alcun disturbo. Il ricambio gassoso non dimostra variazioni sensibili nè nei colombi nè nei ratti albini in seguito alla iniezione di veleno di rospo, ciò che non armonizza col concetto di un contenuto in adrenalina, la quale invece esalta il metabolismo gassoso nei ratti albini, ed è indifferente sul metabolismo gassoso dei colombi.

Metabolismo gassoso dopo somministrazione di acido malico, succinico, tartarico.

D. ELIA e L. PAPA. — Dopo somministrazione di acido malico, succinico non si modifica il metabolismo gassoso dei colombi. Dopo somministrazione di malato di sodio, tartrato di sodio si osserva, ma non costantemente, in un periodo tardivo, una notevole e duratura esaltazione del consumo di O_2. Non si è mai osservata una simile esaltazione col succinato di sodio.

Il Segretario: A. AMATO.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 19 aprile 1934.

Presidente: C. MERLETTI.

Un metodo rapido di parto prematuro artificiale.

Prof. MERLETTI. — Passati in rassegna i comuni mezzi per la provocazione del parto prematuro e dimostratone le insufficenze e gli svantaggi, l'O. propone di applicare in primo tempo, l'eccitatore di Tarnier; rompere, a dilatazione di 3-5 cm. le membrane, iniettando nel contempo, 1/2-1 cm. di pituitrina.

Questo metodo che si inspira alla moderna concezione del parto medico della Scuola di Strasburgo, supera, nettamente, ogni altro, per rapidità e sicurezza di azione.

Discussione: dottori FRABETTI e ORTOLANI.

F. RAVENNA. — *Cura degli avvelenamenti da Veronal.*

Discussione: dott. CAMPAILLA, prof. MINERBI.

Il riflesso maschalo-frenico tonotropo.

C. MINERBI. — L'O. descrive una modificazione espansoria riflessa del tono muscolare della paralisi cardiaca sinistra del diaframma, modificazione suscitata nell'individuo fisiologico dal « solletico » esercitato dalla mano del medico sulla cute ascellare allorchè costui palpa l'itto della punta cardiaca. All'esame radioscopico, se si titilla l'ascella d'un individuo fisiologico, il riflesso maschalo-frenico si rileva per l'elevarsi fulmineo del confine craniale del seno complementare della pleura sinistra, laddove la sede della punta cardiaca non muta. Alla percussione estremamente debole si riscontra che il confine craniale della cavità gastrica si è elevato per circa un centimetro al davanti del margine caudale del cuore: alla percussione forte si riconosce che l'apice del cuore non ha modificata la sua sede, probabilmente perchè il cuore è pesante e il diaframma si è afflosciato.

La percussione estremamente leggera della regione ascellare dimostra: che le aree di sonorità « chiara », pertinenti rispettivamente al polmone e alla estremità sinistra del colon trasverso, sono separate fra loro nell'individuo fisiologico mediante una sottile zona ipofonetica, la quale è data dalla proiezione della carne della pars costalis diaphragmatis e che è appunto questa, che si eleva cranialmente per il titillamento dell'ascella.

Questi fatti prestano due insegnamenti:

1) che il concetto di Abel, il quale attribuisce la zona ipofonetica ascellare inferiore sinistra, riscontrabile nei bambini, al decorso della prima costola, la cui vibrazione plessica dovrebbe essere « smorzata » *in toto* dalla ampia superficie di contatto della sua faccia viscerale con il cuore, viscere non aereato, è assolutamente infondato;

2) che per la esatta determinazione topografica del confine caudale della punta cardiaca la percussione digito-digitale non deve essere troppo debole.

Discussione: prof. RAVENNA.

Il Segretario: A. VIGNALI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla diagnosi di reumatismo tubercolare cronico.

Laignel-Lavastine e Boguieu (*Paris Méd.*, 8 aprile 1933) osservano tre casi di reumatismo tubercolare cronico, e per documentarne l'etiologia specifica, hanno eseguito una serie di prove diagnostiche, di cui discutono e valutano differenzialmente il valore.

Bisogna molto spesso ricorrere a tali prove, perchè la diagnosi clinica non è sempre possibile con sicurezza. Possono mancare i precedenti specifici famigliari, come effettivamente accadde in questi casi, in cui si trattava di donne tra i 53 e i 67 anni d'età, senza precedenti morbosi.

Mancavano anche l'adenopatia e le amiotrofie, che del resto non valgono gran che a favore di una lesione tubercolare tipo Poncet-Grocco.

Talvolta l'evoluzione del caso ne prova la natura: così in uno di questi tre, in cui l'artrite del ginocchio finì per divenire, nel corso di tre anni, un tipico tumore bianco, che si dovette resecare.

Importanza diagnostica ebbero, nei casi esaminati, il decorso a *poussées* separate da lunghi periodi di remissione e la decalcificazione ossea, documentata radiograficamente.

Pochi caratteri clinici quindi, e la necessità di ricorrere ad esami speciali.

L'emocultura alla Löwenstein diede risultato positivo in un caso su tre. La ricerca dei bacilli di K. nell'articolazione ammalata sembrerebbe dover essere di resultato decisivo. Ma occorre poterla fare. Dei tre casi, in uno solo c'era idrarto, e qui l'iniezione in cavia del liquido articolare dette risultato negativo quanto a b. K. Negli altri due casi l'artrite era secca e non se ne fece nulla.

Nella necessità di trovare altri mezzi diagnostici, gli AA. pensarono di ricorrere alla iniezione sottocutanea di tubercolina e di tentare di rendere con tal mezzo più sensibile la reazione di Vernes. Iniettarono dosi minime infinitesimali, ed ebbero sempre reazioni locali in tutte le articolazioni colpite, talvolta molto marcate.

Gli AA. ritengono che questa sensibilizzazione alla tubercolina sia un buon elemento in favore dell'origine tubercolare del reumatismo; su di ciò ha già insistito Besançon. Ciò che più sorprende è la reazione umorale, che accompagna le reazioni locali, di focolaio e generale successivi alla iniezione sottocutanea di tubercolina.

La reazione di Vernes alla resorcina era molto intensa nel momento, in cui le citate reazioni tubercoliniche erano più evidenti.

In una malattia della quale è talvolta molto difficile mettere in chiaro la natura — come è di certi reumatismi cronici — non si devono quindi dimenticare questi mezzi diagnostici, che sembrano adatti a dare risultati attendibili.

M. COPPO.

I reumatismi della spalla e del braccio.

R. Merklen (*Journ. des praticiens*, 2 settembre 1933) ne distingue quattro forme.

1) *Artrite reumatica cronica.* — Provoca dolori sordi con sede al moncone della spalla ed irradiazioni in basso, che non oltrepassano il gomito. Atrofia del deltoide. Alla palpazione, due zone dolorose, in avanti ed all'interno, nel cavo ascellare. Movimenti ridotti, tanto che è spesso difficile scostare il braccio dal torace. Alla radiografia, articolazione quasi intatta, con un certo grado di decalcificazione della testa omerale. All'origine dell'affezione stanno i traumi oppure si tratta di reumatismo tubercolare.

2) *Periartrite scapolo-omerale.* — Più frequente che l'artrite vera, di cui ha gli stessi sintomi, ma meno accentuati; dolori meno vivi, movimenti meno limitati. Alla palpazione, si rileva una zona di dolore provocato alla faccia esterna dell'articolazione, nella regione deltoidea. Alla radiografia, un'ombra allungata, indipendente dallo scheletro, in alto ed all'esterno dell'articolazione; tale segno è incostante.

3) *Nevralgia cervico-brachiale.* — Dolore non limitato al segmento brachiale, ma diffondentesi sulla spalla, alla base del collo, oltre il gomito. Punti dolorosi al terzo esterno del cavo sottoclavicolare, in corrispondenza della doccia di torsione ed al terzo superiore del radio. Le manovre di allungamento aumentano il dolore.

Questa neuralgia è dovuta ad un reumatismo cronico della colonna vertebrale. La massa laterale della nuca dal lato nevralgico è dolente alla pressione. La radiografia rivela degli uncini osteofitici sui margini superiori ed inferiori delle ultime vertebre cervicali.

4) *Cellulite brachiale.* — Raramente allo stato puro. Ne sono sede di predilezione la regione deltoidea e quella brachiale. Palpando il pannicolo adiposo attraverso una grossa piega cutanea, si notano delle aree o dei noduli dolorosi.

Spesso questi tipi sono associati. Come trattamento, la diatermia e la radioterapia sono molto utili e così pure le cure idroterapiche.

fil.

La terapia calcica dei dolori reumatici.

Basandosi sul concetto moderno che i dolori articolari di natura reumatica siano dipendenti da una iperergia reattiva dell'intero organismo, I. Zenoff (*Wien. Klin. Woch.*, 8, 1934) ha usato il calcio per ottenere una desensibilizzazione aspecifica, seguendo i risul-

tati della cura attraverso lo studio della velocità di sedimentazione delle emazie.

Nel reumatismo acuto la somministrazione di calcio endovena (10 cc. al dì per 15-25 giorni) associato a 10-12 gr. al giorno di salicilato di sodio ha determinato la scomparsa rapida dei dolori e lo sfebbramento, ha reso più rare le recidive e diminuito d'altrettanto il pericolo delle endocarditi.

Nelle forme subacute o croniche, la terapia calcica risveglia la malattia ad uno stato acuto, per poi diminuirla interamente; in questi casi il calcio sarà usato solo, senza associarlo al salicilato.

In base ai favorevolissimi risultati ottenuti in oltre 100 casi, l'autore raccomanda vivamente il suo metodo. V. SERRA.

Il reumatismo gardenalico.

Bériel e J. Barbier (*Presse Méd.*, 13 gennaio 1934) hanno da vari anni osservato che gli ammalati, specie epilettici, sottoposti a trattamento prolungato con il gardenal presentano frequentemente delle artriti localizzate o forme di reumatismo cronico generalizzato progressivo.

Le manifestazioni articolari subacute, dolorose, a tendenza assai rapidamente anchilosante, si accompagnano ad atrofia muscolare nella zona dell'articolazione affetta.

Queste artriti evolvono parallelamente al trattamento gardenalico, si attenuano lentamente quando esso viene sospeso, durano e si aggravano se si mantiene o si riprende il gardenal o i suoi derivati.

La frequenza è relativamente grande. Gli AA. non hanno constatato che l'una o l'altra marca di gardenal sia specialmente in causa; la dose impiegata non sembra un fattore di primo piano.

Dato l'estendersi sempre più imponente dell'uso del gardenal è da augurare che le osservazioni degli AA. inducano gli sperimentatori a ricercare la causa esatta di queste affezioni articolari, perchè possa essere eliminata.

C. TOSCANO.

Nelle poliartriti croniche.

J. Conturat (*Presse méd.*, 16 agosto 1933) fa rilevare che il trattamento che sembra abbastanza efficace è la crisoterapia.

Si useranno piccole dosi ebdomadarie, continuate abbastanza a lungo, lasciando un intervallo di 2-3 mesi fra le serie e sorvegliando accuratamente la pelle, le mucose e l'urina (albumina, sangue), per interrompere la cura al minimo segno.

Risultati soddisfacenti si sarebbero ottenuti anche col gluconato di calcio al 10 %: 150 cmc. suddivisi in 15 iniezioni da 10 cmc., 2-3 per settimana: la via endovenosa è preferibile. Dopo due mesi di riposo, riprendere una nuova serie e così per più volte. Un segno obbiettivo del miglioramento è dato dalla notevole diminuzione della velocità di sedimentazione delle emazie. *fil.*

Artrite transitoria dell'articolazione dell'anca nell'infanzia.

Non raramente è dato osservare dei bambini coi segni clinici di un'artrite dell'anca: zoppicamento, limitazione dei movimenti, talora dolore, ma con una storia di disturbi insorti da pochi giorni, senza segni di malattie generali, ed aspetto radiologico normale dell'articolazione.

È quindi necessario che tali bambini siano sorvegliati e studiati attentamente, tenendo sempre in mente la possibilità di una forma tubercolare iniziale.

R. W. Butler, *Brit. Med. Journ.*, 3 giugno 1933) ha raccolto 97 casi di simile affezione. Di questi, 56 resultarono affetti realmente da tubercolosi articolare, 34 da semplice artrite transitoria, e 7 da artrite transitoria secondaria ad infezione ossea viciniore, senza infezione dell'articolazione.

L'etiologia di questa forma transitoria risulta essere talora traumatica, ma più spesso infettiva, per un qualsiasi focolaio infettivo nell'organismo. La sua prognosi, comunque, è sempre favorevole, come lo comprova l'osservazione, protratta per oltre 3 anni, praticata dall'A.

La diagnosi differenziale più importante, come si è detto, è quella con la tubercolosi articolare, e si fonda essenzialmente sul reperto radiologico, il quale va controllato con pazienza più volte, specie nei casi non del tutto infrequenti, nei quali anche la forma tubercolare non dà all'inizio segni apprezzabili di modificazioni ai raggi X. M. FABERI.

L'artrite suppurativa del ginocchio.

P. H. Mitchiner (*Clinical Journal*, gennaio 1934) ha curato durante gli ultimi due anni sei casi di ferite penetranti del ginocchio e nessuno di questi ha suppurato. La cura è consistita nell'escissione della ferita e nell'applicazione di un'estensione dell'arto, senza nessuna lavatura dell'articolazione. Questi casi hanno un interesse perchè mostrano che le ferite penetranti del ginocchio non sono praticamente seguite da suppurazione dell'articolazione.

Di diciassette casi di artrite suppurativa del ginocchio, curati allo stesso ospedale, sei riconoscevano come causa una suppurazione delle ossa che formano l'articolazione, gli altri mostravano la presenza di stafilococchi nel sangue e nell'articolazione; sono stati tutti curati con un drenaggio praticato aprendo l'articolazione lungo il tendine del bicipite e poi applicando un'estensione dell'arto. Le lesioni ossee, quando erano presenti, furono curate aprendo i focolai ossei con la trapanazione. In

questi casi il drenaggio e l'estensione dettero una funzionalità dell'articolazione che andò dal 40 al 60 per cento; in seguito i massaggi migliorarono ancora in qualche caso la funzionalità articolare.

L'A. afferma che una cura pronta e conservativa, per quanto è possibile, dà migliori risultati che un'ampia apertura dell'articolazione. L'estensione è favorevole non solo perchè concede un riposo all'articolazione, ma anche perchè tiene lontane le superfici articolari e permette alle cartilagini una nutrizione normale. Se in questo modo non si apprezza un miglioramento delle condizioni locali si farà seguire un'aspirazione quotidiana dell'articolazione con le dovute cautele asettiche; essa agisce facilitando il circolo del liquido sinoviale e della linfa e rimuovendo il pus e le tossine.

Si ricorre poi al drenaggio incidendo lungo il tendine del bicipite quando dopo due aspirazioni le condizioni del paziente non migliorano.

L'A. sconsiglia i lavaggi con antisettici della cavità articolare, essi diminuiscono il potere difensivo della sinovia e fanno peggiorare l'infezione.

Poichè in molti casi l'artrite era accompagnarta da una positività culturale del sangue, sembra opportuno non trascurare le cure generali in questi casi. R. MARTONE.

Contributo alle operazioni sui menischi dell'articolazione del ginocchio.

F. Mandl (*Dsch. Zeit. f. Chir.*, vol. 239) riporta 400 casi di lesioni dei menischi operati nelle cliniche di Denk e di Hechenegg in questi ultimi anni. Il loro gran numero dimostra come siano frequenti e tali operazioni così comuni che recentemente se ne fanno anche ambulatoriamente.

Di questi 325 erano uomini e 75 donne. Il menisco interno è più colpito in ragione delle speciali condizioni anatomiche. Il menisco laterale è spesso la sindrome del ginocchio a scatto e le cisti meniscali.

La grande maggioranza dei casi è di origine traumatica, solo il 10 % sono esito di processi degenerativi a carico dei menischi, il trauma agisce come causa occasionale. In tali casi spesso la lesione è di ambo i menischi o bilaterale.

Le possibilità diagnostiche si basano sulla clinica. La radiografia con mezzo di contrasto non è ancora un mezzo sicuro.

L'intervento deve esser precoce: non esistono vere e proprie controindicazioni. È consigliabile l'anestesia locale. Si dovrà avere riguardo nel trattare tessuti articolari. Si dovrà fare un esame accurato dell'articolazione, asportare gli isolotti di tessuto in preda a degenerazione lipomatosa. Gli isolotti di condromalacia, saranno solo raschiati, i corpi liberi articolari, i frammenti di menisco asportati. La linea di incisione non ha importanza. Mobilizzazione e massaggio precoce.

Degli operati osservati l'80 % guarì completamente, il 10 % poterono riprendere le loro occupazioni, benchè avessero talvolta dolore. Il 5 % erano solo migliorati, il 4 % non risentirono alcun vantaggio dall'intervento.

V. GHIRON.

Resezione economica nell'osteo-artrite tubercolare del ginocchio nel bambino.

Per quanto la resezione del ginocchio non sia indicata nei casi di osteo-artrite tubercolare del bambino, Maffei (*Annali della Società Belga di chirurgia*, gennaio 1934) l'ha applicata, con alcune modificazioni di tecnica, in circa 20 casi ottenendone dei risultati favorevoli.

L'operazione praticata consiste: in una larga apertura dell'articolazione, in una resezione col bisturi dei legamenti crociati, dei menischi e dei loro legamenti, in una dissezione accurata della sinoviale, in tutte le sue pieghe laterali, al di sotto dei tendini rotulei ed alla parte posteriore legamentosa dell'articolazione, in un mondaggio col bisturi di tutte le superfici cartilaginee, scucchiaiamento di tutti i focolai malati, specialmente nello spazio intercondiloideo, regolarizzazione delle superfici ossee, sutura dei legamenti laterali e del tendine rotuleo al catgut, chiusura della pelle con crini di Firenze, apparecchio gessato. Questa tecnica ha tre punti importanti:

1) Emostasi perfetta mediante una ritortola.

2) Nettamento completo di tutte le lesioni senza toccare le cartilagini di coniugazione.

3) Assenza assoluta di drenaggio.

Tutti i malati operati sono guariti per prima intenzione e dopo 3 mesi camminavano tutti senza che rimanesse alcun sintoma della loro affezione, tranne che un anchilosi del ginocchio; le guarigioni datano da sei mesi.

Le indicazioni per questo intervento sono: Diagnosi certa, forma della malattia che non deve essere francamente acuta, e che non sia anchilosante fin dall'inizio, ma soltanto dopo poco tempo. PLASTINA.

La puntura immediata e la mobilizzazione precoce nelle distorsioni del ginocchio.

Spesso, dopo una distorsione del ginocchio persiste un rigonfiamento articolare con uro rotuleo, che ricompaiono dopo aver camminato a lungo. La flessione è limitata, il quadricipite si atrofizza.

Una medicatura compressiva ed il riposo in letto per qualche giorno bastano per rimettere le cose a posto; ma l'atrofia del quadricipite si accentua ed è a temersi la recidiva. Per evitare tali disturbi, Bressot (*Journ. des*

praticiens, 1° luglio 1933) consiglia la puntura immediata e la mobilizzazione precoce.

Sono particolarmente i rigonfiamenti articolari tardivi (2-12 ore dopo la distorsione) che sono dati da emartro ed in cui il trattamento dell'A. sarebbe il più indicato. Nelle prime 24 ore, si troverà del sangue rosso vivo, che al 2°-3° giorno, si fa nero, ma ritorna rutilante verso la fine della puntura.

La puntura va fatta in condizioni di asepsi: disinfezione accurata delle mani dell'operatore e del ginocchio; puntura in corrispondenza del cul di sacco supero-esterno, cioè sul punto in cui la linea verticale, che passa ad un centimetro dal margine esterno della rotula, incontra un'orizzontale condotta ad un centimetro dal suo margine superiore. Disinfezione della cute con tintura di jodio. Il piccolo trequarti dell'apparecchio di Potain è sufficiente; anch'esso va disinfettato con estrema cura. Quando è penetrato nella cavità articolare, ne fuoriesce il sangue; alla fine, si fa pressione sul cul di sacco, per farne uscire le ultime gocce di sangue.

Applicazione di compresse sterilizzate sull'orificio di puntura e medicatura compressiva con staffa perirotulea; al cavo popliteo una tavoletta imbottita. Riposo completo per 48 ore; in seguito, con la gamba in estensione, movimenti molto lenti di elevazione e di abbassamento dell'arto inferiore sul piano del letto. Al terzo giorno, si toglie la medicatura compressiva, che si sostituisce con una fascia; il malato può alzarsi, ma non farà flessioni del ginocchio che dopo l'8° giorno. La guarigione è rapida e senza conseguenze. *fil.*

Risultati lontani delle resezioni del polso per tubercolosi.

Riferendosi ai moderni concetti di cura della tubercolosi del polso che sostituiscono alla cura chirurgica quella elio-marina e ortopedica combinata, Denis R. e Roger J. (*Rev. de Chir.*, 1933, 10) notano come le statistiche che riportano i risultati di tali cure non siano talora espliciti circa gli esiti ultimi di tali ammalati.

Ad esempio nella statistica del prof. Satta direttore dell'istituto elioterapico di Pietraligure si dà il 50,83 % di guariti, il 42,10 % di migliorati e il 7,02 % di stazionari.

L'incertezza in cui ci si lascia sulla sorte definitiva di questo 42,10 % di ammalati si presta alla critica e gli autori si sentono indotti a riabilitare la cura cruenta della tubercolosi del polso.

Siccome il principale appunto che si è fatto a questo metodo di cura sarebbe quello di dare dei cattivi risultati ortopedici essi hanno ricercato le tracce di 39 operati di resezione del polso da Ollier e ne hanno trovati 28 dei quali 14 erano morti per malattie varie, dei 14 viventi 10 poterono essere riveduti e fotografati.

Senza riferire in particolare l'esito degli esami praticati su 10 casi 8 hanno potuto recuperare un'attività normale. In due casi si è avuto un risultato funzionale cattivo.

Gli autori concludono che la resezione non ha nella cura della tubercolosi del polso il posto che merita. Senza essere sistematicamente resezionisti, nell'adulto, quando malgrado le cure opportune le lesioni si stabilizzano non bisogna esitare a ricorrere alla resezione. B. PAGGI.

Malformazioni del sacro e fenomeni dolorosi sacro-lombari.

Le malformazioni e le anomalie scheletriche che un tempo si ritenevano di scarsa importanza per il clinico, vanno sempre più destando interesse, dopochè, grazie all'indagine radiografica, si è potuto metterle in relazione con fenomeni patologici che prima erano sconosciuti o male interpretati. Bene ha fatto quindi G. Roudil (*Marseille médicale*, 1934, n. 1) a raccogliere i casi di malformazione del sacro esistenti nella letteratura e a proporne una classificazione. Secondo questa egli distingue:

1) Le agenesie sacro-coccigee totali; 2) le agenesie sacro-coccigee sub-totali; 3) le dismorfie parziali delle vertebre parziali; 4) le agenesie parziali o totali delle vertebre coccigee. I casi di agenesia totale del sacro ammontano a 7; in genere sono associati ad altre malformazioni del rachide e degli arti inferiori sopratutto, per cui è piuttosto facile la diagnosi clinica nella primissima età. Per lo più questi infermi non sopravvivono a lungo. Le agenesie sub-totali caratterizzate dalla mancanza di una o più vertebre sacrali ammontano a 15. Si associano spesso altre malformazioni. I pazienti hanno disturbi morfologici e funzionali (incontinenza degli sfinteri) a volte non indifferenti, tuttavia possono raggiungere l'età adulta e finire col condurre una vita quasi normale. Le dismorfie del sacro, comprendenti le emiatrofie unilaterali, e le atrofie totali, sono fin'ora 11. La malformazione può anche essere minima senza essere accompagnata da disturbi, e viene scoperta fortuitamente da un esame radiografico. Altre volte invece coesistono lesioni più appariscenti es. ano vulvare, bacino di Naegeli e fenomeni dolorosi nella regione sacrale. Un caso osservato dall'A. e compreso in questa categoria riguardava un uomo di 35 anni che ad una certa età aveva cominciato a soffrire di dolori sacrali dapprima diagnosticati come una sciatica, e che invece erano in rapporto con una dismorfia del sacro rivelata poi dall'esame Roentgen. La sospensione degli sports violenti che costui praticava e bagni d'aria calda furono in questo caso sufficienti ad attenuare la sindrome dolorosa.

La 4ª categoria comprende le agenesie coccigee pure, di cui se ne conoscono 4 casi. Queste ultime malformazioni hanno scarsa importanza, in genere non si accompagnano a nessun disturbo. I casi della letteratura sono dunque assai scarsi, ma probabilmente non tutte le osservazioni debbono essere state segnalate. ALIERI.

SEMEIOTICA.

Significato pratico della pressione venosa nello stato di salute e di malattia.

La pressione venosa dipende dalla vis a tergo (azione del cuore), dalla pressione endotoracica, dal livello idrostatico e dal volume del sangue nelle vene.

La pressione venosa normale oscilla, secondo i vari AA., da 50 a 150 mm. di acqua.

G. C. Griffith, C. T. Chamberlain, J. R. Kitchell (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, maggio 1934) dànno come normale una cifra fra 60 e 120 mm. di acqua in soggetti in posizione supina e indicano come valori anormali quelli al di sotto di 40 e al di sopra di 140

Secondo Crieg c'è aumento della pressione venosa fino di 35, poi diminuzione fino di 50. La pressione venosa cresce coll'esercizio. Non c'è rapporto fra pressione arteriosa e pressione venosa. L'obesità aumenta e la magrezza diminuisce la pressione venosa.

Nello scompenso del cuore destro la pressione venosa è aumentata tanto nel piccolo che nel grande circolo, in quella del cuore sinistro l'aumento si ha solo nel piccolo circolo. Ma questa seconda evenienza è in clinica molto rara.

Nello scompenso cardiaco l'elevazione della pressione venosa precede di parecchie ore i segni clinici e il suo comportamento è ottimo indizio dell'efficacia dei vari medicamenti.

La misurazione della pressione venosa è utile nella prognosi della polmonite quando questa è complicata da scompenso cardiaco. La pressione stessa non aumenta nell'asma allergico, nella pneumoconiosi, nell'enfisema polmonare cronico, nella fibrosi polmonare e questo è un ottimo segno differenziale dagli scompensi cardiaci, che essi pure sono accompagnati da dispnea.

Nel pneumotorace, secondo Evans, si ha aumento della pressione venosa solo se il collasso polmonare dà dispnea. Gli AA. la videro riaumentare in un caso di empiema pneumococcico bilaterale.

Nello scompenso cardiaco un'elevazione della pressione venosa al di sopra di 200 ha significato prognostico sfavorevole. Nella polmonite una pressione venosa costantemente alta è di prognosi infausta.

Nei casi con pressione venosa di 200 o più bisogna subito fare un salasso di almeno 500 cc.

In caso di elevazione della pressione venosa da ostruzione locale, la sua misurazione nei vari arti permetterà di stabilire la sede dell'ostruzione.

L'edema aumenta la pressione venosa. Questa è aumentata agli arti inferiori nei casi di ascite.

Ci sono anche dei casi di ipotensione venosa (cachessia da cancro, occlusione acuta delle coronarie, embolia polmonare). R. LUSENA.

EPIDEMIOLOGIA.

Un'epidemia di eritema infettivo.

Fu osservata da F. H. Judel (*The Chinese Medic. Journ.*, gennaio 1934) a Chefoo e precisamente in una scuola di missionari.

È una forma descritta da Escherich e Shaw nel 1896. Ha periodo di incubazione di una settimana o poco più. I sintomi sono solo una eruzione. Su 54 casi solo 5 presentavano febbre. L'eruzione ha inizio alla faccia; poi dopo 1-2 giorni si estende al torace, al dorso, alle braccia, raramente colpisce le mani e i piedi. È un'eruzione maculare, morbilliforme, che si intensifica coll'esposizione al sole e coll'esercizio fisico.

L'aspetto più caratteristico dell'eruzione si ha quando comincia a scomparire: la scomparsa si inizia al centro delle macule, in modo che si vedono come degli anelli, che possono intersecarsi e combinarsi dando un disegno che somiglia ad un ricamo.

L'eruzione della faccia scompare dopo 2 giorni, quella delle altre parti dopo circa una settimana e la scomparsa segue l'ordine di comparsa.

Per la cura l'A. si limitò a tenere i bambini in letto per 1-2 giorni (l'epidemia colpì anche 2 adulti).

Un'epidemia identica fu osservata a Oyden negli Stati Uniti e fu pubblicata nel 1931 nel *Medical Annual* di Wright. R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La batteriologia delle peritoniti acute.

Cazzamali P. e Miglierina R. (*Arch. it. chir.*, sett. 1933) hanno praticato ricerche batteriologiche e batterioscopiche sugli essudati di 81 casi di peritonite acuta in prevalenza di origine appendicolare. Nell'11,1 % dei casi ebbero essudati sterili, nei restanti isolarono dove una, dove più specie di germi. Le associazioni con anaerobi sono state in iscarso numero, senza peraltro coincidere con i quadri clinici più gravi o con esiti mortali.

Nelle peritoniti localizzate e diffuse da appendicite dove l'essudato era batteriologicamente positivo, il *bacterium coli* è stato trovato quasi constantemente da solo o unito ad altri germi, più frequentemente allo streptococco. Nelle peritoniti saccate sempre da appendicite è stato invece lo streptococco a essere isolato più frequentemente, del *bacterium coli*. Il maggior numero e la maggior

varietà di specie batteriche è stato trovato nelle appendiciti perforate.

Nelle peritoniti da perforazione di ulcera gastro-duodenale, dove il liquido peritoneale rimane in genere sterile fino alla sesta ora, è stato ritrovato, oltre questo tempo, costantemente lo streptococco, più raramente il b. coli e le altre specie associate o no fra loro.

Pur non potendosi trarre un giudizio prognostico sempre attendibile dall'esame batteriologico e batterioscopico, gli AA. tuttavia pensano che sia da considerarsi indice di gravità il vario modo di associarsi di più specie fra loro e il loro sviluppo nelle culture in numero maggiore di quello osservato nello striscio; mentre il prognostico si può considerare benevolo dove l'essudato è sterile.

Alcune tavole sinottiche completano la vasta trattazione dell'argomento. ALIERI.

POSTA DEGLI ABBONATI

La pressione arteriosa normale. — All'abb. N. P. da Roma:

Le cifre della pressione arteriosa normale variano anzitutto secondo lo strumento con cui la si misura. Il Riva-Rocci con le sue modificazioni (vi sono dei tipi comodamente trasportabili) esprime direttamente in mm. di mercurio i valori della pressione. Gli altri tipi (Pachon, Korotkow) misurano la pressione trasmettendone le oscillazioni ad una scatola che utilizza il principio del barometro aneroide e viene tarata in modo che tali oscillazioni corrispondano a quelle della colonna di mercurio. Da un punto di vista teorico, i manometri del tipo Riva-Rocci sono più sicuri e precisi, poichè gli altri sono costituiti da meccanismi, che possono essere tarati difettosamente e che possono essere soggetti a guastarsi. Dal punto di vista pratico, rispondono bene anch'essi, come l'alpinista fa comunemente uso del barometro aneroide e non già di quello Fortin. Per la pressione media, è necessario l'oscillometro Pachon.

Ad ogni modo, si tenga presente che, con l'oscillometro Pachon e tipi analoghi, si hanno cifre più elevate. N. Deschamps, che ammette dei valori normali di 125-140 mm. di Hg., osserva che essi, col Pachon, aumentano a 140-160.

I valori della pressione variano secondo i vari AA.: ne riporto alcuni tutti presi col Pachon:

	Massima	Minima	Media
Fiessinger	150-190	60-110	—
Lian	140-170	80-100	—
Martinet	110-160	80-100	—
Pachon	130-170	60 circa	100
Lyon	150-180	80-100	
Clerc	140-160	80-90	
Vaquez	150	65-70	80-90
R. Schmidt	fino a 190		
Romberg	fino a 160		
Chazal e Deguy	140-180	70-80	100-110

La tecnica per la presa della pressione ha pure grande importanza.

Una cosa essenziale da tener sempre presente è che non si deve in linea generale attribuire un valore assoluto alle cifre della pressione arteriosa. Nulla di più attraente, in medicina, quanto il sostituire a faticose e non sempre proficue ricerche una cifra che dà l'illusione della precisione, ma nulla è più pericoloso perchè conduce spesso a conclusioni fallaci. Anche i dati ottenuti con la misurazione della pressione arteriosa vanno, quindi, messi in rapporto con quelli rilevabili dall'anamnesi e dall'esame clinico tenendo conto di tutte le variabilità della pressione dovute a parecchi fattori. *fil.*

VARIA

Le fritture e le modificazioni dei grassi.

Le fritture sono generalmente sconsigliate a certi malati, specialmente i gastro-pazienti e gli epatici. È noto, d'altra parte, che le fritture cotte in grassi che hanno servito molto a lungo prendono odore e sapore disgustosi, dovuti a trasformazioni che i grassi subiscono, quando vi si friggono degli alimenti.

La sola azione del calore non provoca modificazioni profonde dei grassi; aumenta un poco l'acidità e maggiormente la viscosità, specialmente quando la temperatura è stata molto elevata; si ha inoltre formazione di gomme in seguito a polimerizzazione. Tali modificazioni non sono tali da rendere la frittura disgustosa.

È invece l'acqua contenuta negli alimenti che possiede tale azione. Si ha allora formazione di acidi grassi e di glicerina. Fino a che la frittura non contiene più del 0.75 % di acidi, la velocità di trasformazione è lenta, ma al di là di tale cifra, cresce rapidamente ed è probabile che gli acidi formati agiscano da acceleratori

In seguito, la glicerina formata si decompone in acroleina ed in acqua; ed è proprio l'acroleina che dà il sapore e l'odore disgustosi delle vecchie fritture. Ed è forse all'acroleina che si debbono attribuire gli effetti irritanti delle fritture in certi individui.

L'odore di acroleina incomincia ad essere percepito quando la frittura contiene il 2 % di acidi (calcolati in acido oleico); con un contenuto del 4 %, la frittura deve essere rifiutata. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

M. FLAMINI. *L'anisocitosi dei globuli rossi nella tubercolosi.* — Stab. Poligr. Riuniti, Bologna, 1934.

E. MARIOTTI. *La cura della paralisi progressiva con le iniezioni endovenose di autoliquor medicato.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1934.

G. PERROTTI. *Le sindromi associate dell'addome destro.* — Tip. Di Lauro, Napoli, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

Le norme regolamentari per l'esecuzione dei provvedimenti per la difesa economica della viticultura.

Nel *Policlinico* del 6 febbraio 1933, n. 6, abbiamo illustrato, nei suoi rapporti colla vigilanza igienica sugli alimenti e sulle bevande, il R. decreto-legge 2 settembre 1932, n. 1225, convertito nella legge 22 dicembre 1932, n. 1706, contenente provvedimenti per la difesa economica della viticultura.

Di recente la *Gazzetta Ufficiale* (n. 82 del 7 aprile 1934) ha pubblicato il R. decreto 6 luglio 1933, n. 2414, il quale stabilisce le norme per l'esecuzione dell'art. 14 del suddetto decreto-legge.

Poichè l'art. 14 riguarda i succhi, gli sciroppi e le conserve di frutta, interessa, sempre ai fini della vigilanza igienica su tali prodotti alimentari, esporre sommariamente le nuove norme per la sua applicazione.

In relazione alla definizione dello sciroppo data dal citato art. 14, il nuovo decreto stabilisce che le denominazioni di fantasia derivate dal nome di un frutto, quali « aranciata », « limonata », « succuva », « mostuva » e simili, equivalgono alla denominazione di « sciroppo » seguìta dall'indicazione del frutto, e costituiscono dichiarazione che gli sciroppi, con esse indicati, sono costituiti da succo o mosto, concentrato o non, del frutto dal cui nome è derivata la denominazione di fantasia, con aggiunta di saccarosio o soluzioni di saccarosio.

Quando la denominazione adottata per uno sciroppo di frutto non sia derivata dal nome del frutto stesso, deve esser seguìta dall'indicazione « sciroppo di . . . . . » completata col nome del frutto. Parimente per gli sciroppi ottenuti da soluzioni di saccarosio con aggiunta di estratti o tinture ricavati da semi, cortecce e bucce, radici, foglie, fiori o altre parti di piante, la denominazione di fantasia deve essere seguìta dall'indicazione « sciroppo all'estratto di . . . . . » completata col nome della pianta.

I nomi di « orzata », « bomba », « cocco » e simili costituiscono denominazioni di fantasia e debbono esser seguìti dall'indicazione « sciroppo di latte di mandorle » oppure « sciroppo di latte di cocco ».

I recipienti contenenti gli sciroppi debbono portare tutte queste indicazioni scritte in modo chiaro e ben leggibile.

In riguardo all'aggiunta di glucosio agli sciroppi, che il R. decreto-legge permette in quantità non superiore al 25 % della ricchezza zuccherina totale, le nuove norme precisano che il glucosio aggiunto deve avere una densità non inferiore ai 43° Beaumè e che la quantità di destrosio in esso contenuta non dovrà superare l'11 % della ricchezza zuccherina totale del prodotto finito (sciroppo).

Come è noto, il R. decreto-legge 15 ottobre 1925 n. 2033 (per la repressione delle frodi nei prodotti agrari) vieta la vendita di sciroppi contenenti agenti antisettici o di conservazione. Colle nuove disposizioni regolamentari si stabilisce che, fra tali agenti, è compreso l'acido benzoico, anche se contenuto nelle materie prime o nelle sostanze la cui aggiunta è consentita dal citato art. 14 del R. decreto-legge 2 settembre 1932.

Poichè tuttavia per i prodotti destinati all'esportazione è permessa l'aggiunta di quelle sostanze antifermentative ammesse dalla legislazione degli Stati ai quali i prodotti sono destinati, è prescritto che tale aggiunta debba esser fatta in locali separati e non aventi comunicazione interna con quelli nei quali si preparano i prodotti destinati alla vendita per il consumo nel Regno. Le suddette sostanze non possono nemmeno esser detenute in questi ultimi locali. I contravventori sono passibili di ammenda.

Gli sciroppi contenenti sostanze medicamentose, che ricadono sotto la legislazione sulle specialità medicinali, non sono soggetti alle disposizioni dei R. decreti-legge 15 ottobre 1925 e 2 settembre 1932 sopra citati.

Le nuove norme regolamentari stabiliscono pertanto le esatte modalità di applicazione della legge per la difesa economica della viticultura, particolarmente per quanto si riferisce agli sciroppi di frutta anche diverse dall'uva, e danno all'autorità sanitaria una precisa guida in materia di vigilanza igienica su queste bevande le quali, in conseguenza del divieto di preparazione e di vendita degli sciroppi artificiali, sono destinate ad incontrare un sempre più largo favore nel pubblico dei consumatori.

A. Franchetti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acireale (*Catania*). *Comune*. — Scad. 15 ag.; direttore del dispensario antitubercolare; titoli; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; stip. L. 5280 già decurtato del 12 %, oltre L. 440 trasp., c.-v.; 5 quadrienni dec.

Anzio (*Roma*). — Scad. 31 lug.; 1ª condotta; L. 8500 ridotte, 5 quadrienni dec., c.-v.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 30 apr. Chied. avviso.

Aquila. *R. Prefettura*. — Scad. 30 giu., ore 12; uff. san. del Capoluogo; titoli ed esami; età limite 45 a. al 30 apr.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10; stip. L. 16.000 ridotte, 4 quinquenni dec.; divieto libera profess. Chied. avviso.

Arezzo. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 30 giu.; direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; titoli ed esami; L. 18.000 ridotte; 5 qua-

drienni dec.; indennità di trasferta; età limite 45 a. al 30 apr.; tassa L. 50,05. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

AVELLINO. *R. Prefettura.* — Scad. 90 giorni dal 9 apr.; due ufficiali sanitari (per Serino ed uniti e per Rocchetta S. Antonio); rispett. L. 6500 e L. 6000, oltre L. 3000 e L. 1000 trasp.; riduz. di legge; tassa L. 50; doc. a 3 mesi; titoli ed esami.

BARI. *Amministraz. Prov.* — Scad. 30 giu., ore 12; coadiutore nella Sezione Med.-Microgr. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000, oltre L. 4000 serv. att.; riduz. 12 %; compartecipaz.; titoli ed esami; età limite 35 a. al 20 apr.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50.

BISCARI (*Ragusa*). — In data 10 maggio è stato bandito da S. E il Prefetto di Ragusa, il concorso per titoli ed esami al posto di Ufficiale Sanitario del Comune di Biscari. Lo stipendio assegnato è di L. 5280 al lordo delle ritenute di legge con diritto a 4 aumenti quadriennali del decimo dello stipendio. La popolazione del Comune è di 4130 abitanti e la estensione di ettari 12,636. All'Ufficiale Sanitario è fatto obbligo se gliene verrà affidato, volta per volta, l'incarico di sostituire il medico condotto durante le assenze, ed in tali occasioni percepirà una diaria di L. 25. I concorrenti debbono presentare alla Prefettura di Ragusa, entro 45 giorni dalla data del bando i documenti di rito oltre ad un elenco, in doppio originale, dei documenti presentati. Età massima 45 anni, salvo le eccezioni di legge. Gli esami verteranno sul programma stabilito con D. M. 6-2-1926. Ai concorrenti ammessi verrà comunicata la data e sede degli esami. Tassa di concorso L. 50,20. Per altri chiarimenti rivolgersi all'Ufficio del Medico Provinciale di Ragusa.

CANOSA DI PUGLIA (*Bari*). *Ospedale « Caduti in Guerra ».* — Scad. 7 giu.; ostetrico pel Reparto Maternità, chirurgo assistente ordinario pel Reparto Chirurgico e medico assistente ordinario pel Sanatorio infantile; stipendi rispettiv. L. 2000, L. 2000 e L. 4000, ridotte; gettoni di presenza L. 20; età limite 40 a. Rivolgersi Segreteria Congregazione di Carità.

CERES (*Torino*). — Scad. 15 ag.; L. 9000 e 4 quinquenni dec. oltre L. 1000 indenn. alloggio; trattenute e riduzioni; età limite 45 a.; tassa L. 50.

COMO. *R. Prefettura.* — Scad. 30 giu., ore 18; uff. san. del Consorzio fra Bellano e uniti; L. 15.000 oltre L. 3500 trasp., indennità visite ecc.; trattamento e riduzioni di legge; titoli ed esami; doc. a 3 mesi del 1° mag.; età limite 45 a.; tassa L. 50,10.

COSSATO. — (Vedi VERCELLI).

CRESCENTINO. — (Vedi VERCELLI).

GATTINARA. — (Vedi VERCELLI).

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Scad. 15 giu., ore 15; aiuto chirurgo; L. 5000; ritenute; percentuale 12 %; titoli ed esami; età limite 45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 mag.; 3 anni di laurea. Chiedere avviso.

LIMONE SUL GARDA (*Brescia*). — Scad. 14 lug.; L. 7920 e 6 quadrienni dec., oltre L. 440 uff. san.; ritenute; addizionale L. 3 sopra il 20 % della popolaz.; tassa L. 50.

MANTOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — È aperto il concorso, per titoli ed esami, al posto di Medico-Direttore di Sezioni dispensariali presso questo Consorzio di Mantova. Scadenza ore diciotto del 20 luglio 1934-XII. Nomina per un quinquennio, tacitamente rinnovabile per egual periodo. Stipendio L. 12.000 (iniziale), con possibilità di tre aumenti quinquennali di L. 1200 cadauno. Indennità di servizio attivo L. 3000. Decurtazioni legali secondo il R. Decreto 20 novembre 1930, n. 1491 e del R. Decreto Legge 14 aprile 1934, n. 561. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria oppure alla Direzione Tecnica del Consorzio.

MILIS (*Cagliari*). — Scad. 15 giu.; L. 10.500 e 4/10 quinquennali, oltre L. 3000 cavalc., c.-v.; al lordo del 18 %. Età limite 35 a., tassa L. 50,10.

MODICA (*Ragusa*). *Comune.* — Scad. 20 giu., ore 12; direttore del Dispensario celtico; L. 6000; riduz.; età limite 35 a.

NISCEMI (*Caltanissetta*). — Scad. 7 lug.; L. 8000 e 5 quinquenni di L. 700; ritenute; età lim. 40 a.

PADOVA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 10 luglio 1934 è aperto il concorso al posto di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale annuo L. 12.000, sei aumenti periodici di un decimo. Servizio attivo annuo lire 1800. Compartecipazione del 10 % sui proventi di Laboratorio. Indennità caro-viveri come gli altri impiegati. Il tutto ridotto delle trattenute di legge. Chiedere manifesto alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Padova.

PADOVA. *Comune.* — Scad. 10 giu.; 5° reparto; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 serv. att., L. 800-1200-1600-3000 trasp., L. 500-600 ambulat.; età limite 40 a. al 25 apr.

PALERMO. *Comune.* — Scad. 90 giorni dal 29 aprile. Titoli ed esami. Ispettore d'igiene; lire 16.000 e due quadrienni fino a raggiungere lire 17.800, oltre L. 4200 serv. att. e L. 1000 indennità di giro.

Assistente nell'Istituto Antirabico; L. 11.000 e 3 quadrienni fino a raggiungere L. 13.700, oltre L. 2800 serv. att., c.-v. Riduzioni.

RAGUSA. — (Vedi BISCARI).

SAMPIERDARENA. — (Vedere GENOVA).

TRINO. — (Vedi VERCELLI).

VENEZIA-LIDO. *Ospedale al Mare.* — Scad. ore 18 del 15 giu.; assistente di medicina; età limite 30 a.; un anno di assistentato effettivo in medicina generale o in pediatria; doc. a 3 mesi dal 10 mag.; nom. biennale; servizio entro 15 gg.

VERCELLI. *R. Prefettura.* — Concorsi per quattro posti di Ufficiale Sanitario consorziale nella Provincia di Vercelli. Per titoli ed esame.

1° Consorzio: COSSATO: Castelletto Cervo, Cerreto Castello, Lessona, Piatto, Quaregna, Valdengo, Valle S. Nicolao, Vallanzengo, Vigliano Biellese. Abitanti 17.194. Stipendio L. 8260. Indennità trasporto e diarie L. 6820. È consentito l'esercizio della libera professione nel solo Comune di Cossato (abitanti 6684).

2° Consorzio: GATTINARA: Albano, Arborio, Ghislarengo, Greggio, Lenta, Lozzolo, Oldenico. Abitanti 12.377. Stipendio L. 15.200. Indennità tra-

sporto e diarie L. 8100. È inibito il libero esercizio professionale.

3° Consorzio: CRESCENTINO: Fontanetto Po, Lamporo, Palazzolo Vercellese. Abitanti 11.176. Stipendio L. 7950. Indennità trasporto e diarie lire 4540. È consentito l'esercizio della libera professione nel solo Comune di Crescentino (abitanti 5704).

4° Consorzio: TRINO: Costanzana, Desana, Ronsecco, Tricerro. Abitanti 18.497. Stipendio lire 14.200. Indennità trasporto e diarie L. 6820. È inibito l'esercizio professionale.

Stipendi ed assegni di cui sopra al lordo delle ritenute di cui ai RR. DD. LL. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561 e delle altre ritenute di legge. Dieci aumenti biennali. Termine per la presentazione documenti alla Prefettura di Vercelli otto luglio 1934, XII. Per chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Vercelli.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 28 giu., ore 18; direttore medico e primario della Sezione pediatrica.

VERONA. *Comune.* — Scad. 30 giu.; VIII e XXIII Reparto; rispett. L. 9000 e L. 8000 e quadrienni, oltre L. 1700 e L. 1400 serv. att., c.-v.; per la 2ª condotta L. 4000 trasp.; riduzioni; età limite 35 a. al 12 mag.; tassa L. 50,10.

VILLANOVA MONTELEONE (*Sassari*). — Scad. 30 giu.; per Putifigari; L. 10.500 al lordo del 12 e 6 %, senza c.-v.; tassa L. 50,10.

AVVERTENZA. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.**

BORSE DI STUDIO.

Concorso a borse di studio istituite dai Governi cecoslovacco e spagnolo.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha aperto il concorso per la assegnazione di borse di reciprocità istituite dai Governi cecoslovacco e spagnolo per l'anno accademico 1934-1935 a favore di laureandi o laureati da non oltre cinque anni in una università o istituto superiore del Regno.

Le borse del Governo cecoslovacco sono cinque di 15.000 corone ciascuna pagabili in dieci rate mensili posticipate dal 1° ottobre al 1° luglio.

Le borse del Governo spagnolo sono due di 4000 pesetas ciascuna, pagabili in otto rate mensili posticipate dal 1° ottobre al 31 maggio.

Le istanze di ammissione ai concorsi dovranno pervenire al Ministero non più tardi del 30 giugno 1934-XII.

CONCORSI A PREMI.

Premio « Achille Sclavo ».

È aperto il 2° Concorso al premio biennale « Achille Sclavo » di L. 10.000, fondato dall'Istituto Opoterapico Nazionale di Pisa ed assunto sotto il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

I lavori da presentarsi al secondo concorso per il « Premio Achille Sclavo » dovranno portare un contributo originale, sia con ricerche sperimentali, sia mediante studî ed osservazioni cliniche ad uno dei seguenti argomenti: *a*) ricerche comparative sugli estratti endocrini totali e sui cosiddetti ormoni puri, sia dal lato fisiopatologico, sia da quello terapeutico; *b*) contributi sperimentali e clinici alla fisiopatologia del timo; *c*) rapporti fra ipofisi, sviluppo somatico ed attività metabolica.

Per essere ammessi al concorso i lavori dovranno pervenire raccomandati in duplice copia non oltre il 15 maggio 1936 - XIV al Consiglio Nazionale delle Ricerche, Ministero della Educazione Nazionale, viale del Re, Roma.

Il concorso si svolgerà colle norme e condizioni stabilite dallo Statuto del « Premio Achille Sclavo », che s'invia a richiesta.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Governo Francese ha conferito la Croce di Ufficiale della Legion d'Onore a S. E. Dante De Blasi, accademico d'Italia, presidente del Consiglio Superiore della Sanità Pubblica e del Comitato Medico del Consiglio Nazionale delle Ricerche, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli.

Siamo particolarmente compiaciuti di questa nomina, che onora la scienza italiana in uno dei suoi più illustri rappresentanti.

La Commissione per il concorso Luigi Sabbatani dal tema « Calcio e vitamine - Ricerche scientifiche », presieduta dal prof. Luigi Zoia e composta dai proff. sen. Ferdinando Micheli, Alberto Pepere, Luigi Spolverini e Adriano Valenti, che fungeva anche da segretario-relatore, non trovò dei sette lavori presentati alcun corrispondente alle esigenze del bando. Visto però che tre di essi erano meritevoli di considerazione, suggeriva alla Italmerck di assegnare i seguenti premi di incoraggiamento: L. 4000 al prof. Giulio Bucciardi, direttore dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Ferrara; L. 2000 al prof. Mariano Messini, assistente presso la R. Clinica Medica di Roma; L. 2000 al dott. Renato Molfese, assistente volontario presso la R. Clinica Medica Generale di Torino. La rimanenza delle 20.000 lire, messe a disposizione dalla Italmerck, sarà pure destinata a scopo di studio.

Il prof. dott. Leopoldo Dino Veronese, primario nell'Ospedale Italiano di Cairo, è stato insignito, dai Governi dell'Italia e dell'Egitto, delle commende dell'Ordine della Corona d'Italia e dell'Ordine del Nilo.

All'illustre pediatra, che tiene alto il nome d'Italia all'Estero, esprimiamo il nostro vivo compiacimento.

Con decreto *motu proprio* del 19 maggio, Sua Maestà il Re, su proposta del Capo del Governo, si degnava di nominare il Gr. Uff. prof. Cesare Agostini, direttore della Clinica per malattie nervose e mentali della R. Università di Perugia, Cavaliere di Gr. Croce della Corona d'Italia.

L'altissima onorificenza, concessa all'illustre Maestro, è compenso meritato delle sue note benemerenze scientifiche e politiche e sta a dimostrare la particolare estimazione in cui è tenuto dalle superiori Gerarchie governative.

Il cav. prof. Mario Nissim, già assistente alla Clinica Medica di Pisa, da molti anni medico capo dell'Ospedale Israelitico del Cairo (Egitto), è stato, *motu proprio* di S. M. il Re, nominato commendatore della Corona d'Italia.

Rallegramenti cordiali al valoroso collega.

Il prof. Pierre Maurice è stato eletto decano della Facoltà medica di Bordeaux.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso medico sardo.

Si è tenuto il 25 e il 26 maggio nell'Università di Cagliari, con l'intervento di varie personalità mediche del continente e dell'isola; numerose le adesioni.

Il congresso venne inaugurato dal Prefetto Del Nero; i lavori vennero iniziati dal Rettore Aresu, con una relazione sulle diatesi emorragiche; seguirono le altre relazioni e comunicazioni. Il congresso si è chiuso con una gita a Mussolinia.

Mentre questo numero va in macchina, si riunisce, pure a Cagliari, il Congresso nazionale di microbiologia.

Congresso internazionale di storia della farmacia.

Si è tenuto a Basilea col concorso di delegati rappresentanti sedici Nazioni. Per l'Italia il dott. Carlo Pedrazzini, reggente dell'Agenzia consolare di Bellinzona nel Cantone Ticino, ha svolto due conferenze, una in latino su « Il nobile Collegio Farmaceutico Romano », ed una in francese su « Dante Alighieri e la Farmacia al canto delle rondini ». Ha tenuto anche una comunicazione sulla « Obbligatorietà del corso universitario di storia della Farmacia ».

Ha invitato i congressisti a riunirsi per il 1935 a Roma, nel Foro Romano, presso l'antica sede del nobile Collegio.

Furono pronunziate parole di simpatia per l'Italia. Il dott. Tucci, oriundo del Regno, ricordò che l'Università di Basilea fu fondata nel 1460 da un italiano: Papa Pio II Piccolomini.

Omaggio al prof. Chiarugi.

Il 23 maggio, nell'aula di anatomia della Università di Firenze, gremita di studenti, il prof. Giulio Chiarugi, che dopo quarant'anni lascia l'insegnamento per limiti di età, ha ricevuto un commosso saluto dai suoi antichi e nuovi allievi. La cerimonia ha avuto un carattere di semplice austerità. I discorsi pronunciati dal prof. Livini, della Università di Milano, dal Rettore magnifico e dal preside della Facoltà di medicina, hanno tracciato brevemente la vita di studioso del prof. Chiarugi, la sua vasta opera non solo come maestro, ma come profondo cultore della sua scienza e rivendicatore dei primati italiani delle più grandi scoperte nel campo anatomico. Dopo i brevi discorsi, è stato offerto al prof. Chiarugi un volume contenente varie opere di carattere scientifico, scritte dai suoi allievi, alcuni fra i quali insegnano attualmente presso le Università di Milano, Roma, Torino, Firenze, Cagliari, Padova, Bologna ecc. Il dono è stato accettato con un vero senso di commozione da parte del festeggiato, intorno al quale si sono affollati gli studenti per rinnovargli il loro saluto.

Le Terme demaniali di Salsomaggiore.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un decreto col quale l'Amministrazione delle Finanze è autorizzata a gestire direttamente l'Azienda patrimoniale delle RR. Terme di Salsomaggiore a mezzo di apposito gestore scelto dal Ministro delle Finanze tra i funzionari delle Amministrazioni di Stato.

Al gestore è affidato l'esercizio con amministrazione autonoma, in nome e per conto dello Stato, delle R. Terme demaniali di Salsomaggiore.

L'amministrazione del gestore è sottoposta alla vigilanza ed al controllo del Ministero delle Finanze.

La gestione si svolge per anno solare e si chiude al 31 dicembre di ciascun anno.

La mortalità dei medici negli Stati Uniti.

Durante il 1933 furono registrati, dall'Associazione Medica Americana, 3209 medici morti negli Stati Uniti (contro 3142 nel 1932 e 2952 nel 1931); la lista comprende 157 professori universitari e 83 donne. Nell'anno accademico chiuso il 30 giugno 1933, furono rilasciati 4895 diplomi di medicina; perciò si può calcolare un aumento di 1686 medici (108 meno che nel 1932).

L'età media dei deceduti fu di anni 64,4; si sono avuti 46 medici morti in età superiore a 90 anni e 2 ultra-centenari. La maggior parte delle morti è imputabile a cardiopatie: 1131 (1101 nel 1932) e tra esse 107 casi di angina pectoris; seguono emorragia cerebrale: 360; tumori maligni: 286; polmonite lobare: 236. Gl'infortuni hanno cagionato 148 morti (158 nel 1932) e tra essi al primo posto sono quelli da automobili: 75 (77 nel 1932); seguono le cadute: 32; l'annegamento: 7; le ustioni: 5; gli aeroplani: 4; le ferrovie, le armi da fuoco, il gas illuminante e le dosi eccessive medicinali, ciascuna causa con 3; vi sono stati infortuni letali svariati (come un elettrotrauma, un accidente d'ascensore, un corpo estraneo, un calcio di cavallo ecc.). Si contano 70 suicidi (87 nel 1932); di essi 35 con armi da fuoco. Gli omicidi sono stati 14.

Un po' dovunque.

Ricordiamo che il 22° Congresso della Società italiana d'idroclimatologia si terrà dal 9 al 12 giugno in Acqui. L'Associazione è presieduta dal prof. Adriano Valenti, direttore dell'Istituto di farmacologia e terapia della R. Università di Milano; il Comitato locale è presieduto dall'avv. Michetti, Acqui.

Come già abbiamo annunziato, nel prossimo Congresso Internazionale di Radiologia (Zurigo, luglio 1934) sarà organizzata un'Esposizione delle pubblicazioni di Radiologia. Vengono interessate, pertanto, le Case editrici e gli autori, affinchè inviino al più presto una copia di monografie, trattati ecc. degli ultimi 5 anni; indirizzo: Librairie Schultess & C., Zwingliplatz 1, Zurich, Svizzera.

L'Associazione Medica Americana terrà il suo 85° congresso annuale a Cleveland dall'11 al 15 giugno. Nell'occasione si aduneranno anche molte Società mediche.

La Società medico-biologica svizzera si adunerà dal 6 al 9 settembre a Zurigo, unitamente alla Società svizzera di scienze naturali. Segretario: Dr. A. Fonio, Langnau (cantone di Berna), Svizzera.

Un congresso medico d'educazione fisica e di sports si terrà a Vittel (Francia) dal 2 al 4 settembre.

Si è costituita la Società Medica Belga d'educazione fisica e di sports; ne è segretario il Dr. René Ledent, rue S.te-Marie 24, Liége, Belgio.

La Società tedesca per gli studi sulla circolazione ha tenuto la sua 7ª adunanza a Bad Kissingen il 16 e il 17 aprile. Il resoconto è pubblicato in

« Zeitschrift für Kreislaufforschung » (Residenzstrasse 32, Dresden-Bl., Germania); si può richiederne copia all'autore (prof. Ed. Stadler, Plauen i. V., Germania).

Un congresso balneare della Piccola Intesa si è tenuto a Praga nei giorni 19 e 20 maggio; tema principale: « Standardizzazione delle ricerche scientifiche nelle stazioni balneari ».

Il 4° Congresso medico australasico si è tenuto a Hobart (Tasmania); principale tema in discussione fu il cancro (ricerche e trattamento).

La Società Medico-Chirurgica Veronese si è adunata il 7 maggio, sotto la presidenza del dott. F. Delaini, assistito dal segretario prof. G. Zanni. Furono fatte comunicazioni dai soci F. Brunetti, B. Dal Santo, V. J. Ronca, F. Fiorini.

La Società Medica Chirurgica dell'Alto Adige si è adunata il 27 aprile. Furono fatte comunicazioni da E. Polacco, C. Pace, G. Halfer, L. Bonapace, G. Cevolotto.

Il corso di cultura medica a Salsomaggiore è rinviato al mese di settembre.

Un corso sulla terapia medica e idrologica delle affezioni renali, vascolari, reumatiche e umorali-vegetative avrà luogo a Parigi dal 18 al 30 giugno, sotto la direzione del prof. Maurice Villaret; seguirà un viaggio alle stazioni idriche di Royat e Saint-Nectaire; quota 200 franchi. Rivolgersi al « Laboratoire d'Hydrologie et de Climatologie thérapeutiques de la Faculté de Médecine », rue de l'École de Médecine, Paris VIe.

Il dott. Pietro Restivo ha tenuto una conferenza nella sede del Sindacato Provinciale Medico Fascista di Caltanissetta, sul tema « La meningite da otite media suppurata ».

È stata distribuita la relazione della Giunta Generale del Bilancio sul progetto che converte in legge il decreto concernente la creazione e il funzionamento dell'Istituto di Sanità Pubblica; è redatta dall'on. prof. Amedeo Perna.

Nella ricorrenza del 24 maggio, il preside della provincia di Milano, nella sua qualità di presidente della Federazione provinciale milanese dell'Opera nazionale maternità e infanzia, ha inaugurato i nuovi consultori pediatrici ed ostetrici istituiti nei comuni di Muggio, Castelnuovo Bocca d'Adda e Borghetto Lodigiano.

Il dott. J. B. McDougall, in una recente relazione, dà notizia sul villaggio sanatoriale di Preston Hall, presso Maidstone (Inghilterra); è destinato agli ex-combattenti; risulta di tre parti: sanatorio, centro d'apprendistato e azienda agraria; comprende 902 persone (di cui 250 nel sanatorio; 58 formano il personale assistente). Molto sviluppo vi ha la sezione tipografica, ove si è stampata la relazione, in edizione riuscitissima. Dopo guariti, i ricoverati vengono dimessi.

I villaggi sanatoriali sono stati promossi in Inghilterra da Sir Pendrill Varrier-Jones; il primo fu quello di Papworth, nel Cambridgshire.

Il Re ha visitato l'Istituto Superiore di Odontoiatria « George Eastman », diretto dall'on. prof. Amedeo Perna. Egli è stato salutato da vibranti acclamazioni, cui hanno partecipato la massa studentesca e i medici; si è molto compiaciuto dell'organizzazione e del funzionamento.

Il « Salon des Médecins » di Parigi quest'anno ha avuto un grande successo. Esso accoglie lavori artistici di medici, come pure delle mogli, sorelle, figlie e vedove di medici; gl'introiti sono destinati alla « Maison du Médecin ». Numerosi i quadri; poche ma belle le sculture. Hanno richiamato l'attenzione i lavori del venerando dermatologo Sabauraud, molti medaglioni incisi dal compianto Hayem, varî disegni caricaturali ed umoristici.

Il 12 maggio venne inaugurato, alla Facoltà di medicina di Buenos Aires, un busto in memoria di Emilio Roux.

I Sindacati medici francesi hanno protestato contro l'affluenza di studenti stranieri in Francia, i quali vi si diplomano, si naturalizzano ed acquistano il diritto ad esercitare (2° decreto Herriot e legge Armbruster). Il Consiglio Superiore dell'Istruzione Pubblica sta elaborando, per il Ministero, delle proposte dirette a disciplinare la materia.

Gli stipendi di molti medici condotti (titolari) in Spagna sono talmente esigui, da determinare una situazione critica; molti di questi professionisti pensano d'abbandonare la medicina, in cerca di attività più rimunerative.

In seguito a numerosi casi di saturnismo verificatisi in Australia, tra i minatori del Mount Isa, è stata disposta un'inchiesta sulle misure preventive.

La psittacosi ha ripreso a manifestarsi; in particolare se ne sono avuti dei casi a Pittsburg (Stati Uniti) e a Berlino.

Un'epidemia di rabbia è scoppiata nella regione orientale e meridionale della Lettonia. Trecento persone che erano state morsicate da cani e da gatti rabbiosi sono state sottoposte a cura nell'Istituto Pasteur di Dorpat. Le autorità hanno ordinato che siano uccisi tutti gli animali sospetti. Finora lo sono stati 7 mila cani e gatti. Sembra che l'epidemia provenga dall'U. R. S. S.

La Corte di Cassazione (II Sezione Penale) ha accolto un ricorso del dott. Luigi Tomellini, che era stato condannato dal pretore di Legnano (Milano) a 200 lire di multa per avere compilato con ritardo un referto su di una ferita giudicata guaribile in 10 giorni salvo complicazioni; un altro medico la giudicò guaribile in 15 giorni mentre la guarigione è avvenuta in 20 giorni: la sentenza impugnata è stata cancellata.

Il dott. Clayton May e un'infermiera, di San Paolo nel Minnesota, sono stati condannati a due anni di prigione e mille dollari di ammenda ciascuno: la seconda per avere dato ospitalità al bandito John Billinger e il primo per averlo curato di una ferita, senza informarne l'autorità. Sul Billinger pesa una taglia di 10.000 dollari. (V. fascicolo 20).

La Polizia tributaria, durante una verifica, ha sorpreso in parecchie farmacie e drogherie di Napoli alcune migliaia di campioni di medicinali per

medici, illegitamente destinati alla vendita. I campioni sono stati sequestrati; si è dichiarata contravvenzione; i colpevoli sono stati denunziati all'Autorità giudiziaria.

Gli studenti universitari di Belgrado, per protestare contro un'ordinanza governativa che limita molto l'autonomia delle università e stabilisce lo scioglimento delle organizzazioni politiche studentesche, hanno occupato e in parte devastato l'Università.

Ci perviene, quanto mai dolorosa da Berlino, la notizia della scomparsa del prof. EUGENIO JOSEPH. In opportuna sede Egli sarà giustamente commemorato anche in Italia, essendo stato Socio onorario della nostra Società di Urologia, ma anche a noi sia lecito ricordarne brevemente gli alti meriti scientifici che lo avevano messo nella migliore luce fra i più reputati urologi e operatori del mondo.

Allievo e amico di Augusto Bier, dopo essere stato per lunghi anni suo aiuto, gli venne da questi affidato l'incarico della Direzione e dell'Insegnamento del Reparto Urologico della 1ª Clinica Chirurgica Universitaria di Berlino, dove affluivano a compiervi ricerche e a perfezionarsi studiosi da ogni parte, sempre accolti e aiutati con larga generosità.

L'opera personale di Joseph, scomparso così immaturamente, oltre che nelle numerose pubblicazioni e trattati, quali la Tecnica Cistoscopica e l'Atlante Radiografico di Urologia, due opere che rimarranno, resta consacrata da giusta fama sia per la Chemocoagulazione dei tumori vescicali, che in taluni casi resta l'unica via da tentare, sia per la Cromocistoscopia.

Si navigava infatti ancora con metodi quanto mai imprecisi e antifisiologici per esplorare la funzione separata dei reni, quando il compianto Joseph assieme a Voelcher, oggi direttore della Clinica chirurgica di Halle, proposero di adoperare dieci centigrammi di carminio ceruleo con 10 ctg. di cloruro di sodio disciolti in 20 grammi di acqua da iniettarsi per via intramuscolare, allo scopo di studiare la funzione comparata dei reni: la sostanza proposta aveva, a differenza del bleu di metilene studiato da Albarran, il vantaggio di non trasformarsi in cromogeno a contatto con le urine, cosicchè per mezzo della nuova cromocistoscopia si potevano studiare con esattezza persino le sfumature e i dettagli sul singolo comportamento dei due reni. Questa prova segnò un progresso enorme rispetto alla glicosuria florizinica di Casper e Ritcher e meritamente acquistò le simpatie e impiego universale. Fu lodata da Israel che ne fece oggetto di studio sulla eliminazione dei tumori, dal Casper stesso che trovò come fosse una prova sensibilissima nella tubercolosi del rene.

A tanta opera è legata la memoria di questo valent'uomo che fu amico non solo di molti di noi italiani, ma di chiunque si presentasse a Lui col desiderio di studiare e di lavorare. Leviamo una parola di sincero rimpianto per l'amico perduto ancora nel vigore degli anni.

22 maggio 1934-XII. AUGUSTO CASSUTO.

È morto a Napoli il prof. GIUSEPPE MOSCATI, che è stato un vero apostolo della medicina.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Minerva Med., 17 mar. — L. FERRANNINI. Doppio vizio mitralico con fegato da stasi. — R. AGNOLI. Coagulazione del sangue.

Sang, N. 3. — L. RICCITELLI. Coesistenza e successione di emopatie. — W. BENAIS e A. GOUTTAS. Linfogranulomatosi maligna.

Presse Méd., 7 mar. — G. MOURIQUAND. Distrofie inapparenti. — 10 mar. V. DE LAVERGNE e P. KISSEL. Colesterolemia nelle infezioni acute.

Mediz. Klinik, 16 mar. — F. HAMBURGER. Clinica dell'allergia nelle malattie infettive. — P. LINSER. Acne rosacea.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 30 gen. — R. CRUCHET. L'esame medico dei conducenti d'automobili.

Arch. dello Ist. Bioch. Ital., feb. — D. GANASSINI. Dosaggio dell'albumina nelle orine. — A. TADDEI. Pneumoconiosi. — P. MANUNGE. Edema polmonare acuto da compressione endocranica.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 18 mar. — G. C. VANNUCCI. Reazione di labilità colloidale di Baum nella tbc. polm.

Wien. Klin. Woch., 23 mar. — LANG. Spondylitis deformans. — BLUM. Diagnosi precoce di tbc. renale.

Morgagni, 18 feb. — G. GUAZZIERI. Importanza della milza nel processo di guarigione delle fratture.

Dermosifilografo, mar. — C. IGEVSKY. Ricerca della spirocheta pallida.

Arch. di Chirurgia Infant., genn. — O. PELLEGRINI. Il gomito durante l'accrescimento e lesioni traumatiche. — L. VEICSTEIN. Narcosi avertinica in chirurgia infant.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., mar. — GOVA e GAVRILA. Sintomatologia della lambliasi.

Semana Méd., 1 mar. — E. ZAWELS. Assistenza odontologica sociale. — M. J. TAVERNA. Trauma e ipertensione. — M. L. PÉREZ e A. MOSCA. Setticopiemia puerperale a punto di partenza mammario.

Jornal dos Clinicos, 15 feb. — M. SOARES PEREIRA. Patogenesi degli itteri. — 28 feb. A. DE CASTRO. Acromegalia e morbo di Recklinghausen.

Presse Méd., 14 mar. — F. RATHERY e P. FROMENT. Le classificazioni delle nefriti.

Presse Méd., 21 mar. — M. FAURE-BEAULIEU e al. Malattia d'Addison a sintomatologia frusta e ad evoluzione protratta. — J. VERBRUGGE. Il materiale metallico riassorbibile in chirurgia.

Revue Belge d. Sc. Méd., gen. — E. DELCOUR-BERNARD. Trattam. dell'ipertiroidismo. — A. VAN MEIRHAEGE. Febbri esantematiche attribuite a Rickettsie.

Journal d. Praticiens, 24 mar. — NOBÉCOURT. Magrezza, dimagramento, ipotrofia ponderale.

Münch. Med. Woch., 23 mar. — K. F. WENKEBACH. Malati di cuore che non lo sono. — N. v. JAGIC e R. KLIMA. Diatesi emorroidaria.

Clin. Chir., gen. — P. BUCALOSSI. Diatermocoagulazione del periostio per impedire la rigeneraz. ossea dopo resezione sottoperiostea delle coste. — V. GHIRON e R. GRASSO. Ipoglicemia e iperinsulismo.

Journal A. M. A., 10 mar. — E. O. LATIMER. Trattam. del decubito con ac. tannico. — F. W. MADISON e T. L. SQUIER. Eziologia dell'agranulocitosi.

Deut. Med. Woch., 23 mar. — BRÜNING. Elmintiasi. — V. D. REISS e al. Diarree.

Bull. Méd., 24 mar. — M. DÉNECHAN e R. BONHOMME. L'intossicaz. acuta da barbiturici e suo trattamento.

Scalpel, 24 mar. — VAN ERPS. Rachialcoolizzazione.

Med. Klinik, 23 mar. — H. SIEBE. Le emorragie genitali della donna. — E. ERBACH. Rinopatie allergiche e asma allergica.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mar. — Numero di oftalmologia.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Ottobre 1933

Malattie	2-8		9-15		16-22		23-29			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	162	661	127	558	148	768	143	995	—	—
Scarlattina	184	392	186	360	190	364	193	526	—	—
Varicella	51	72	51	81	61	102	47	100	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	451	888	385	713	307	719	425	914	—	—
Difterite e Croup	289	534	311	604	387	779	397	830	—	—
Meningite cerebro-spinale	4	4	3	3	5	5	3	3	—	—
Encefalite letargica	8	8	9	12	15	22	12	12	—	—
Poliomielite cutanea ac.	2	2	1	1	2	3	1	1	—	—
Dissenteria	10	15	10	11	15	28	12	20	—	—
Pustola maligna	38	56	39	40	14	20	18	23	—	—

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

Acidi organici: azione sul metabolismo gassoso . . . . Pag. 868
Acqua pesante . . . . » 862
Artriti: poli-croniche: trattamento . . . » 870
Bibliografia 863, 865
Celso e lo stato della medicina ai tempi di Augusto . . . . » 866
Commozione cerebrale: segni obbiettivi remoti di lesione organica . . . . . . » 843
Diabete renale e glicosuria florizinica . » 868
Eritema infettivo: epidemia . . . . . . » 873
Fritture e modificazioni dei grassi . . . » 874
Ginocchio: chirurgia 870, 871
Litotribolapassi . . . . » 860
Malaria: note . . . . » 855
Milza: cisti voluminose . . . . » 860
Milza: tumore di — nell'infanzia . . . » 861
Nefriti: tentativo di classificazione . . . » 857
Parto prematuro artificiale: metodo rapido . . . . » 868
Peritonite cronica incapsulante 847, 852
Peritoniti acute: batteriologia . . . . . Pag. 873
Polso: chirurgia . . . . » 872
Pressione arteriosa normale . . . . » 874
Pressione venosa nello stato di salute e di malattia . . . . » 873
Prostata: chirurgia transuretrale . . . » 859
Reumatismi della spalla e del braccio . » 869
Reumatismi: terapia dei dolori . . . . » 869
Reumatismo gardenalico . . . . » 870
Reumatismo tubercolare cronico: diagnosi . . . . » 869
Riflesso da solletico ascellare . . . . . » 868
Rospo: veleno . . . . » 868
Sacro: malformazioni e fenomeni dolorosi sacro-lombari . . . . » 872
Sepsi tonsillare . . . . » 857
Tifo addominale: atipie febbrili . . . . » 856
Ufficiale sanitario e viticultura . . . . » 875
Vie urinarie: falsi calcoli . . . . » 858

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 11 Giugno 1934 - XII Num. 23

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Serio: Quando l'istituzione di un pneumotorace omolaterale deve ritenersi impossibile?
Osservazioni cliniche: A. Gualdi: La lipodistrofia progressiva. (Malattia di Barraquer-Simons).
Note e contributi: G. Zappalà: Sulla patogenesi e sulla cura delle cefalee che seguono la rachianestesia.
Sunti e rassegne: ORGANI DIGERENTI: Chiray, Lomon e Rosanoff: A proposito del dolicocolon. — W. Muir Dickson: L'appendicite cronica. — L. Solero: La linfogranulomatosi dello stomaco. — MISCELLANEA: C. P. Donnison: Le cause dell'ipertensione. — E. Ruttin: La clinica delle infiammazioni labirintiche. — L. Lebourg: Il trisma. — J. H. Stokes, H. N. Cole, J. E. More, P. A. O'Leary, U. J. Wile, T. Parrau, R. A. Vonderlehr, L. Usilton: Procedimento terapeutico standardizzato nella sifilide precoce.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli. — Società Medico-Chirurgica di Bologna. — Società Medico-Chirurgica Veneziana.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Qualche aspetto della tubercolosi del sistema nervoso. — Emorragia cerebrale con reazione meningea puriforme asettica. — Clinica e patogenesi dell'emorragia subaracnoidea. — Aracnoidite spinale operata e guarita in una giovane donna colpita da emiplegia datante dall'infanzia. — Medulloblastoma del IV ventricolo ad inizio infettivo acuto. — Un caso di polineurite aurica. — La cura dei disturbi del sonno. — Il calcio nel trattamento dei tremori. — La cura colla lecitina di alcune sindromi di sclerosi multipla. — NOTE DI RADIOLOGIA: La colangiografia durante l'operazione, per i disturbi postumi alla colecistectomia. — TECNICA DI LABORATORIO: Di un metodo pratico per la ricerca del metabolismo basale. — IGIENE: La frequenza della tubercolosi di origine bovina. — MEDICINA SCIENTIFICA: Studio dell'anidremia nel coma diabetico. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Risposte a quesiti per questioni di massima.
Nella vita professionale: Servizi igienico-sanitari. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretta dal prof. MAURIZIO ASCOLI.

Quando l'istituzione di un pneumotorace omolaterale deve ritenersi impossibile?

per il prof. FRANCESCO SERIO, aiuto e docente.

Se è fuori di dubbio che il pneumotorace artificiale rappresenta il trattamento di scelta della tubercolosi polmonare, quello sul quale fondatamente si ripongono dai medici e dagli ammalati le maggiori speranze di successo, non è purtroppo men vero che una parte dei tentativi naufraga per la impossibiltà di creare una bolla pneumotoracica, dovuta alla obliterazione del cavo pleurico ad opera di sinfisi pleuriche più o meno estese.

Accade in questi casi che, infisso l'ago in uno spazio intercostale, non si riesce a mettere in evidenza alcuna escursione manometrica: di solito allora si tenta un po', si spinge l'ago più profondamente, lo si ritira per verificare se per caso un frustolo di tessuto adiposo o un grumetto di sangue non ne abbia ostruito il lume e, constatato che tutto è in ordine, si estrae l'ago. Si tenta se mai una o due volte ancora in uno spazio vicino, qualche volta invece posteriormente lungo la linea angolare della scapola e, constatata nuovamente la mancanza di oscillazioni manometriche, si finisce per rinunziare definitivamente alla istituzione di un pneumotorace, tanto più facilmente se l'esame radiologico ha messo in evidenza un opacamento della pleura del lato corrispondente.

Non di rado si apprende poi che in un secondo tempo un altro operatore è riuscito nell'intento senza che si riesca a rendersi ragione del perchè di questa diversità di risultati a condizioni locali equivalenti.

Queste evenienze dimostrano che, in un certo numero almeno dei casi, è ancora possibile imberciare un punto ove il cavo pleurico è libero ed ove è possibile istituire una bolla pneumotoracica che può in prosieguo di tempo ingrandirsi fino a costituire un pneumo terapeuticamente utile, sia pur parziale. La difficoltà però sta nel trovare il punto in cui la puntura può avere un effetto uti-

le. E al riguardo nessuno dei nostri metodi di indagine può essere di guida sicura: nulla di preciso può dirci l'esame radiologico con la presenza di zone di opacità più o meno intense, giacchè è pacifico che pneumi possono riuscire impossibili anche quando la diafania dei campi polmonari è perfettamente conservata e viceversa; nulla di assoluto può desumersi dal reperto percussorio ed ascoltatorio; ben poco può ricavarsi dalla ectoscopia del torace col rilievo dei movimenti costali, del sollevamento e dell'infossamento degli spazi intercostali durante i movimenti respiratori. Sicchè il buon esito del tentativo è praticamente affidato più al caso che ad un rigoroso tecnicismo dell'operatore.

Nè d'altra parte si può insistere a cuor leggero nella ricerca del punto migliore: le punture pleuriche non costituiscono sempre un intervento del tutto innocente, particolarmente in regime aderenziale. Allora il pericolo di ferire il polmone con tutte le sue conseguenze, gravi sempre se non addirittura letali (embolia gassosa, infezione della pleura), aumenta considerevolmente e non si può dar torto *a priori* a quelli che rinunziano alla istituzione di un pneumotorace nel timore del peggio.

Un notevole passo avanti, che ha grandemente facilitato le manovre insistenti di penetrazione nel lume pleurico diminuendone i pericoli, è rappresentato dall'introduzione nella tecnica pneumotoracica, degli aghi protetti di cui un modello — in uso ormai da diversi anni nella nostra Clinica — è stato da me descritto nel volume sull'ascesso gangrenoso del polmone. Coll'ausilio di questi aghi coi quali le possibilità di ferita del polmone sono ridotte al minimo, abbiamo potuto procedere in alcuni casi, in cui in precedenza si era rinunziato all'istituzione di un pneumotorace omolaterale, ad una *perlustrazione sistematica del cavo pleurico*: i risultati ottenuti in alcuni di essi ci hanno convinto della necessità di non abbandonare i tentativi se non quando si siano minutamente esplorati i diversi spazi intercostali sulle varie linee semeiologiche del torace con esito negativo. Per tale perlustrazione è consigliabile pungere nei singoli spazi oltrechè sulla ascellare media, lungo due linee convergenti all'apice del cavo ascellare delle quali l'anteriore si porta medialmente fino a raggiungere l'estremità libera della decima costola, la posteriore si dirige in basso in direzione della seconda vertebra lombare. Questa serie di punture potrà essere completata da qualche tentativo da eseguirsi anteriormente lungo l'emiclaveare in corrispondenza del secondo o del terzo spazio ed eventualmente della fossa sopraclavicolare.

Questa zona seppur rappresenta la sede di elezione non è naturalmente l'unica nella quale possano operarsi tentativi d'istituzione di un pneumotorace: l'abbiamo preferita alle altre perchè priva come è di uno spesso rivestimento muscolare si adatta maggiormente alla tecnica pneumotoracica. Ma anche nella scelta della sede occorrerà decidere in base allo studio accurato semeiologico e radiologico del singolo caso, ad evitare il naufragio di ogni tentativo inevitabile ove si insista a pungere in una zona in cui le condizioni della pleura siano decisamente ostili.

Così facendo si riesce a ricondurre nelle fila della collassoterapia pneumotoracica una buona percentuale di casi che altrimenti si dovrebbero affidare al chirurgo per interventi operativi ben più gravi e meno redditizi, quali la frenicoexeresi o le plastiche più o meno estese. La *perlustrazione sistematica del cavo pleurico* viene a ridurre le indicazioni di questi procedimenti, come quelle del pneumotorace controlaterale che rimarranno sempre le armi di scelta in quei casi in cui ogni tentativo di pneumotorace omolaterale è rimasto sterile.

Riporto a titolo di esemplificazione un paio dei dieci casi che mi è occorso di trattare con successo con questo procedimento.

CASO I. — L. M. P., di anni 38, tubercolotico di guerra. Presenta una forma di tisi cavitaria con notevoli fatti di fibrosi del lobo superiore sinistro. A parecchie riprese tentativi di pneumotorace falliti per l'esistenza di aderenze pleuriche invincibili. Viene al nostro ambulatorio in occasione di un nuovo episodio emoftoico: si intraprende una perlustrazione sistematica del cavo pleurico. Alla ventesima puntura eseguita in corrispondenza del sesto spazio tra l'ascellare anteriore e l'emiclaveare si riesce ad istituire una piccola bolla pneumotoracica che nei successivi rifornimenti si ingrandisce sempre più fino ad ottenersi un pneumotorace completo. L'ammalato è tuttora in trattamento.

CASO II. — L. N., di anni 27, casalinga, ammalata da tre anni di una forma di tisi cavitaria del lobo superiore destro conseguente a lobite ulcerata. Pregressa pleurite essudativa dallo stesso lato, sofferta nell'infanzia. Diversi tentativi di pneumotorace eseguiti negli anni precedenti avevano segnato un insuccesso. Si intraprende una perlustrazione sistematica del cavo pleurico: alla diciottesima puntura eseguita in corrispondenza del nono spazio sulla paravertebrale si riesce ad istituire una bolla pneumotoracica che in seguito si ingrandisce fino a costituirsi un pneumo quasi completo che, benchè limitato nella regione apicale da aderenze invincibili, riesce terapeuticamente utile in quanto conduce alla scomparsa della febbre e alla sterilizzazione dell'espettorato.

Io non so se e quanti troverò consenzienti in questi tentativi di perlustrazione sistematica del cavo pleurico; ma in qualunque senso debba essere decisa, ritengo non inutile aver sollecitato discussione e pareri sopra una quistione che non è regolata da norme nemmeno genericamente definite e lascia troppo largo campo al subbiettivo.

RIASSUNTO.

Quando l'istituzione di un pneumotorace omolaterale deve ritenersi impossibile? Secondo l'A., non si deve rinunciare all'istituzione di esso se non quando si sia infruttuosamente eseguita una perlustrazione sistematica del cavo pleurico pungendo nei vari spazi intercostali lungo le diverse linee semeiologiche del torace. Riporta dei casi in cui con tale procedimento fu possibile istituire un pneumotorace mentre precedentemente si era rinunciato a questo trattamento.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

La lipodistrofia progressiva.
(Malattia di Barraquer-Simons).

Dott. A. GUALDI, aiuto.

I disturbi del ricambio dei grassi con manifestazioni a carattere segmentario non sono frequenti. La loro etiopatogenesi, benchè oggetto di accurate ricerche, resta ancora avvolta d'impenetrabile incognita. La forma più tipica e caratteristica è costituita dalla lipodistrofia progressiva caratterizzata da una disarmonica distribuzione dell'adipe sottocutaneo che si atrofizza nelle porzioni alte del corpo (volto, collo, torace, braccia), mentre successivamente o contemporaneamente s'ipertrofizza nelle regioni declivi (natiche, coscie e gambe). La tipicità della forma è data dal fatto che mentre nelle altre varietà di adiposità localizzate si notano accumuli di grasso circoscritti a determinate zone corporee, simmetricamente o asimmetricamente disposti, solitari e multipli, dolorosi o indolenti, nella lipodistrofia progressiva, il tratto anatomico e clinico peculiare, proprio e solo di questa entità morbosa è la contemporanea presenza di zone adipose e di zone atrofiche nello stesso soggetto.

La prima descrizione dell'entità morbosa, come giustamente ha rilevato Zalla, spetta a Morgagni, che alla sezione di una donna di 59 anni, morta per apoplessia cerebrale così descrive le alterazioni rilevate: «primum omnium, inaequalem corporis, quod alioquin juxta erat statura, nutritionem animadverti: cum enim truncus et femora pingua essent, crura et pedes et superiores artus praesertim erant macilenti».

Barraquer di Barcellona nel 1906 dà una accurata descrizione di un caso di atrofia del tessuto cellulo-adiposo localizzato alla faccia e alle parti superiori del corpo. Simons nel 1911, illustrando un malato capitato alla sua osservazione descrive per il primo, in maniera esauriente e completa, le manifestazioni cliniche dell'entità morbosa precisandone il decorso e proponendo l'attuale nome, universalmente accettato. A queste osservazioni ne sono seguite numerose altre tanto che oggi la letteratura ne registra più di un centinaio. In Italia ne sono stati pubblicati 4 casi rispettivamente da A. Bignami, Zalla, G. Di Guglielmo, G. Gelli. Il caso di Bignami, il primo cronologicamente (1916) era caratterizzato, oltre che da una lipodistrofia del tessuto cellllulo-adiposo anche da uno-liponecrosi del sottocutaneo.

L'inizio della malattia di solito è precoce, dai 3 ai 13 anni, molte volte si manifesta all'epoca della pubertà, più raramente ad una età più avanzata. Il sesso femminile è decisamente più colpito del maschile. Dai casi raccolti da Gelli 30 appartengono al sesso maschile, 89 al femminile. Nel più dei casi è il dimagramento del volto che richiama l'attenzione sullo stabilirsi del processo morboso. Per la progressiva scomparsa del tessuto cellulo-adiposo, le tempie divengono incavate, gli occhi s'infossano nelle orbite, le guancie s'incavano disegnando i muscoli sottostanti, mentre le regioni zigomatiche, per contrasto, divengono fortemente sporgenti. Il dimagramento del volto dà al malato un aspetto di profonda emaciazione e può raggiungere gradi così intensi da far paragonare il viso degli infermi ad « una testa di morto » (Klien).

La scomparsa dell'adipe sottocutaneo non si arresta al volto ma guadagna successivamente il collo, che si assottiglia, le regioni deltoidee che si appiattiscono, il dorso da cui sporgono le scapole alate, il torace in cui le normali sporgenze ossee clavicole, sterno, costole, si rendono sempre più sporgenti ed evidenti .(fase atrofica della malattia).

Successivamente o contemporaneamente, quasi a compensare la perdita di grasso stabilitasi nelle regioni alte del corpo al disotto, in genere delle creste iliache, nelle regioni glutee, nelle natiche, nelle coscie, nelle gambe si nota un accumulo di adipe che può raggiungere

gradi eccezionalmente cospicui (fase ipertrofica). Il deposito del grasso avviene in modo uniforme, rispettando nel più dei casi, la sagoma degli arti colpiti.

Questa disarmonica distribuzione dell'adipe finisce col produrre, nella persona colpita, una strana e profonda deformazione, che dà luogo ad una grottesca figura con la parte inferiore del corpo modellata come una persona esageratamente florida e con la faccia e la parte alta del tronco che ricorda le scarnite sembianze e l'aspetto di un cachettico.

La pelle che riveste le zone colpite, si presenta normale, ben distensibile e sollevabile e normalmente elastica. L'esame istologico non ha rilevato a carico di essa alcuna alterazione. Un elemento fondamentale, su cui si basa la diagnosi di lipodistrofia progressiva è l'assoluta integrità dei muscoli, documentata anche dal normale comportamento delle reazioni elettriche. A carico delle ossa e delle articolazioni non sono state rilevate lesioni peculiari. L'esame degli organi interni non mostra modificazioni patologiche da mettersi in rapporto con la malattia in esame. Gli individui colpiti da lipodistrofia, possono andare soggetti e presentare lesioni interne come dei comuni individui; apicite in un infermo di Pic e Garder, insufficienza delle valvole semilunari aortiche in un caso di Marañon, della mitrale in un malato di Simons, miocardite, ecc.

A carico del sistema nervoso non sono state notate alterazioni della motilità nè della sensibilità, non alterazioni dei nervi cranici e dei nervi periferici. Lievi anomalie sono state descritte da qualche autore a carico dei riflessi tendinei, cutanei, pupillari alle quali per la loro incostanza ed entità non si può dare alcun significato. Lo stato mentale è normale nella maggioranza dei casi. In alcuni malati è stato notato un certo grado di depressione, di tristezza in rapporto, sopratutto, alla deformazione del volto e alle conseguenze ad essa legate. La malata di Simons era triste e depressa perchè l'aspetto del suo viso le aveva fatto perdere il posto di corista in un teatro, dal quale traeva la fonte del suo guadagno.

Le condizioni generali si mantengono buone nella maggioranza dei casi. La malata di Hermann ebbe due gravidanze normalmente decorse e partorì due bambini del tutto normali.

L'esame qualitativo e quantitativo del sangue non mostra modificazioni costanti cui si possa dare un certo valore. Alcuni A. (Tramer) avrebbero rilevato una linfocitosi, presente anche nella nostra malata. Nelle urine non sono state notate alterazioni peculiari e così pure normale si presenta il metabolismo basale (Simons, Fuld, Loewy, Tizier). I casi nei quali si sono riscontrate delle modificazioni, queste dovevano essere messe in rapporto con un concomitante ipertiroidismo (Marañon).

Sono stati descritti disordini funzionali collaterali, quale espressione di una turbata funzione generale o parziale del sistema endocrino e neuro-vegetativo, ai quali è stata data dagli AA. notevole importanza nel tentare d'interpretare la oscura patogenesi della forma morbosa. Sono state così rilevate cianosi delle estremità, arrossamento del volto, crisi di sudorazioni, anidrosi ascellare, rinorrea, disturbi trofici delle unghie, secchezza della pelle, dermografismo, ipertrofia del sistema pelifero, instabilità del ritmo cardiaco, tachicardia, bradicardia, palpitazione, aritmia respiratoria, tremori, esoftalmo, oliguria, poliuria, pollachiuria, ecc. Disturbi frequenti, ma non costanti; in alcuni casi infatti non fu rinvenuto alcun sintoma che autorizzasse a parlare di un vago o di un simpaticotonismo (Laignel Lavastine) o di alterazioni del sistema endocrino (Tromer).

I rari casi di autopsia praticati non hanno rilevato una base anatomica propria della malattia.

In un caso (Weber Parkes e Gunewardem) fu trovata la glandola tiroide più sviluppata della norma con aumento del contenuto della colloide; in un altro (Marburg) fu riscontrata una notevole riduzione del parenchima ovarico con aumento delle cellule cromofile ed eosinofile dell'ipofisi. Husler in un giovinetto di 14 anni riscontrò genitali poco sviluppati, persistenza del timo, surrenali pallide in corrispondenza della midollare, con particolare ricchezza di pigmento e grasso della corticale. Zalla, all'autopsia di una donna di 59 anni, ha trovato atrofia della ipofisi con grande abbondanza di corpi jalini colorati dell'eosina vari per forma, volume e aspetto.

Accanto a questa che può considerarsi la forma tipica e completa della lipodistrofia (lipoatrofia superiore con lipoipertrofia inferiore), vi sono forme parziali dovute forse al fatto che il normale lungo decorso della malattia può presentare soste anche più prolungate e forse anche arresto del processo distrofico ad una delle fasi descritte, l'atrofica o l'ipertrofica. Da ciò possono risultare quadri clinici incompleti, di non facile interpretazione, se si tiene unicamente conto del quadro clinico e del decorso della forma classica della lipodistrofia.

A questo proposito Di Guglielmo ha proposto la seguente classificazione:

1) forme complete con lipoatrofia superio-

re e lipoipertrofia inferiore, alle quali dev'essere riservato il nome di « lipodistrofia progressiva »;

2) forme incomplete con sola lipoipertrofia inferiore e parti superiori del corpo normali che solo per contrasto talvolta sembrano più sottili della norma. A questa forma si addice il nome di lipoipertrofia inferiore;

3) forme incomplete con solo lipoatrofia superiore e parti inferiori normali che solo per contrasto possono apparire più voluminose della norma: tali forme vanno indicate con il nome di lipoatrofia superiore.

A. Gelli propone uno schema ancora più particolareggiato:

1) lipodistrofia progressiva (forma completa). Lipoatrofia in corrispondenza della parte superiore del corpo e lipoipertrofia al treno inferiore;

2) lipoatrofia superiore;

a) varietà cefalo-brachio-toraco-addominale;

b) varietà cefalo-toraco-brachiale;

c) » cefalo-brachiale;

d) » cefalo-toracica;

e) » cefalica;

f) » brachiale.

3) lipoipertrofia inferiore. La parte superiore del corpo è normale;

4) lipoatrofia inferiore. La parte superiore del corpo è normale ed ipertrofica;

5) emiobesità;

6) lipoatrofie circoscritte a piccole zone: uniche o multiple, queste ultime divise in simmetriche e asimmetriche;

7) lipoipertrofie circoscritte a piccole zone: uniche o multiple, divise in simmetriche e asimmetriche.

Noi riteniamo che si debba essere molto cauti nel catalogare l'entità morbosa in troppe suddivisioni per non correre il rischio di includere nella lipodistrofia varietà cliniche di adiposità localizzate e di lipomatosi che non hanno nessun rapporto con la malattia in esame e per non alterare la fisionomia tutta propria della lipodistrofia, che ne fa un quadro clinico unico del suo genere: l'atrofia dell'adipe in una regione del corpo con ipertrofia in altre regioni.

Noi abbiamo avuto occasione di studiare una malata affetta da lipodistrofia progressiva ricoverata nel 1932 nell'Istituto di Patologia speciale medica; data la rarità della forma, il 5° caso pubblicato in Italia e la completezza della sintomatologia presentata, riteniamo non inutile illustrarlo.

CASO CLINICO: M. P., di anni 35, nata a Banolva (Sassari). Nubile, domestica. Padre e madre viventi e in buone condizioni di salute, rispettivamente di 63 e 67 anni. La madre ha avuto dieci gravidanze di cui tre interrotte da aborti in epoca e per cause imprecisabili. Dei noti tre morirono in tenera età per malattie acute (difterite, meningite, polmonite). Gli altri godono buona salute. L'inferma è nata a termine, da parto eutocico, fu allattata dalla madre. Mestruata a 14 anni, le mestruazioni furono sempre regolari per ritmo e quantità eccetto un breve periodo (due mesi) di amenorrea al 20° anno di età. Non ricorda di aver sofferto i comuni esantemi dell'infanzia.

Tre anni or sono, mentre risiedeva nel suo paese nativo, località malarica, venne colta da accessi febbrili che si ripeterono quotidianamente preceduti da brivido intenso, duravano 6-8 ore e rimettevano con profuso sudore. All'inizio degli accessi la paziente veniva spesso colta da vomito e cefalea e durante i periodi di apiressia seguitava a provare un senso di malessere generale e di prostrazione profonda. Praticò cure chininiche in seguito alle quali gli accessi andarono man mano attenuandosi fino a non presentarsi più e d'allora non sono più comparsi.

Ricorre alle cure di questo Istituto perchè da tre giorni colpita da febbre elevata a tipo remittente, da dolori vacanti agli arti, alla testa, e difficoltà nel deglutire.

Interrogata sulle manifestazioni così evidenti cui è affetta (accumulo di adipe nella metà inferiore del corpo con marcato dimagramento delle parti superiori), la p. afferma che verso i 18-20 anni cominciò insensibilmente e gradatamente a presentare un dimagramento del volto che successivamente si estese al collo e alle porzioni alte del torace. Quasi contemporaneamente notò un ingrossamento continuo e progressivo, non attribuibile a cure speciali o a modificazioni della dieta, localizzato alle natiche, alle gambe, alle coscie, alle porzioni basse dell'addome, che raggiunse le dimensioni attuali in circa 10 anni. In questo periodo di tempo l'inferma non ha notato alcun disturbo particolare, le sue forze si sono ben conservate tanto da farle disimpegnare, senza sforzo, le sue occupazioni di casa.

Da circa 5 anni ha cominciato a provare al contrario un senso di stanchezza sempre più manifesto nel compiere le sue normali occupazioni. Per questi disturbi praticò anche cure ricostituenti (arsenico) senza trarne giovamento e per due mesi ritornò al suo paese per un periodo di riposo. Ma sebbene alquanto sollevata, le forze non le ritornarono come per il passato e successivamente notò come la cute del volto, del collo, delle mani e di altri tratti del corpo si andasse progressivamente oscurando.

Esame obbiettivo: Condizioni generali discrete. Facies senza particolari caratteri. Decubito indifferente. Sensorio vigile.

Costituzione tendente a longitipo. Osservando l'inferma si è subito colpiti da un fatto saliente, la sproporzione di volume tra la metà superiore ed inferiore del corpo. Mentre infatti il volto, il collo, il torace, le braccia appaiono dimagrite, la metà inferiore dell'addome, le natiche, le coscie, le gambe sono cospicuamente aumentate di volume. Il limite fra questa sproporzione del corpo è dato da una linea circolare che passa due dita al disopra della cicatrice ombelicale.

Esaminando con maggior cura e dettaglio queste alterazioni si nota che l'adipe sottocutaneo è quasi totalmente scomparso in corrispondenza della faccia. Ne risulta un aspetto caratteristico dell'inferma il cui volto appare fortemente dimagrito, con le guance infossate come quelle di una persona consunta, con le tempie incavate, le regioni zigomatiche e i contorni della mandibola fortemente sporgenti. La faccia presenta anche un carattere di senilità per la presenza di numerose rughe, più manifeste nei movimenti mimici disposte alla fronte orizzontalmente, radialmente ai contorni delle labbra e in vicinanza delle palpebre. Il collo appare anch'esso assai assottigliato tanto da rendere assai evidenti i sottostanti fasci muscolari. La scomparsa del tessuto cellulo-adiposo si estende anche alle spalle al torace. Le regioni deltoidee appaiono infatti appiattite, sporgenti le normali salienze ossee in maniera da rendere assai evidenti le clavicole, il manubrio dello sterno, le costole. Il grasso è ancora discretamente conservato alle mammelle, alle braccia nelle regioni posteriori, in netto contrasto con gli avambracci fortemente assottigliati. La cute che riveste le regioni descritte si presenta normalmente mobile e sollevabile in larghe pliche per l'assenza dell'adipe sottocutaneo.

In netto contrasto con il dimagramento delle porzioni superiori al disotto della linea già descritta (due dita al disopra della cicatrice ombellicale), si notano masse cospicue di adipe localizzate ai glutei, alle natiche, alle coscie, alle gambe, al cavo del poplite. Il grasso accumulato nelle regioni trocanteriche dà a queste il tipo di obesità « a calzoni da cavallerizzo, da zuavo » (Bauer). Notevole abbondanza di grasso, si nota pure in corrispondenza del quadrante inferiore dell'addome specie il medio e posteriormente sui fianchi. Il limite posteriore tra zone adipose e zone atrofiche è dato sempre dalla linea circolare già ricordata. Le masse rilevate sono di consistenza elastiche, nettamente spostabili sui piani sottostanti, lisce, completamente indolenti. Considerando nel loro insieme le alterazioni rilevate si ha l'impressione che le due metà del corpo appartengano a due persone diverse; mentre il tronco infatti ricorda quello di una giovane donna, la parte inferiore è simile a quella di una donna giunta nel periodo della menopausa. Tanto i fenomeni atrofici che ipertrofici sono nettamente simmetrici. La cute che riveste le zone adipose si presenta del tutto normale, solo è difficilmente sollevabile perchè tesa dall'abbondante adipe sottostante.

La cute dell'inferma presenta una alterazione di notevole importanza: in alcune zone infatti si nota una pigmentazione di colorito scuro, bronzino che si dispone alla vita come una cintura, alla linea alba come un cordone verticale, sulle mani, al dorso, e sulla palma in corrispondenza delle pliche. Anche la regione del collo e del volto presenta una colorazione bronzina, ben visibile anche sui gomiti e sulle ginocchia, alle areole mammarie e su di una cicatrice da ustione localizzata all'avambraccio sinistro.

Sulla cute non si notano edemi, non efflorescenze, non emorragie, non reticolo-venoso. Le mucose sono di colorito roseo; nel cavo orale non si notano zone pigmentate.

Apparato linfoglandolare: qualche glandola senza particolari caratteri nelle regioni laterali del collo e agli inguini.

Nulla si nota a carico delle ossa e delle articolazioni.

Masse muscolari ben sviluppate, toniche. Reazioni elettriche normali.

Pupille uguali, di media ampiezza, reagenti alla luce e all'accomodazione.

Lingua leggermente impaniata, umida. Arrossamento del faringe e delle tonsille di cui la destra aumentata di volume, con punti biancastri in corrispondenza dei follicoii (tonsillite follicolare).

Polso 80, molle, ritmico, ipoteso.

Torace simmetrico sufficientemente proporzionato. Respiro di frequenza normale (20) ritmico a tipo costale superiore. Non punti dolenti nell'ambito toracico.

Il fremito pettorale si trasmette bene ovunque. Suono di percussione normale nelle varie zone del polmone. All'ascoltazione si ode ovunque un mormorio vescicolare normale, non accompagnato da rumori aggiunti.

Cuore nei confini fisiologici. All'ascoltazione toni netti non accompagnati da rumori di soffio. Fascio sopracardiaco nei limiti soprasternali. Nulla di anormale si riscontra a carico dei vasi del collo e delle arterie periferiche.

Pressione arteriosa Mx. 110, Mn. 70.

Addome di volume e forma normale, trattabile indolente, non segni di versamento, non si palpa alcuna tumefazione.

Organi ipocondriaci nei confini fisiologici.

Negativa l'esplorazione di ambedue le logge renali.

Esame ginecologico: negativo l'esame dei genitali esterni. Imene integro.

Esame del sistema nervoso: nulla si nota a carico dei nervi cranici. Riflessi tendinei e cutanei normali. Sensibilità tattile, termica, dolorifica, ossea e senso muscolare, normali.

RICERCHE COLLATERALI: Esame delle urine: colore normale, reazione acida, peso specifico 1022, albumina tracce minime, glucosio assente, acetone assente, acido diacetico assente, urobilina assente, pigmenti biliari assenti, pigmento ematico assente. Esame del sedimento: non cilindri, non emazie, qualche raro leucocito.

Esame del sangue: globuli rossi 3.750.000, globuli bianchi 6.200, emoglobina 0,68, valore globulare 0,90. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 70 %, basofili 0, monociti 4, linfociti 26. Reazione di Wassermann: negativa; reazione di Hecht: negativa; reazione di Sachs-Georgi: negativa. Glicemia 0,98 per mille. Azotemia 0,35 per mille.

Determinazione del ricambio basale (apparecchio di Krogh) calorie + 32.

Esame radiologico del cranio: negativo per modificazioni della sella turcica.

Esame radioscopico del cuore, dei polmoni e dell'apparato digerente, non rileva alcuna alterazione organica.

Le prove farmaco-dinamiche da adrenalina (modificazione della pressione, del polso, del respiro, della glicemia, glicosuria, ecc.) danno risultati che oscillano entro limiti normali.

Da quanto si è esposto il caso descritto va considerato come una tipica forma di lipodistrofia progressiva caratterizzato da atrofia dell'adipe in corrispondenza delle regioni alte del corpo con ipertrofia nelle porzioni basse. Note sue proprie sono l'insorgenza in una età giovane (18-20 anni), ma non giovanissima come nel più dei casi. Il limite fra zone atrofiche e ipertrofiche più alto che di norma (due dita al disopra della cicatrice ombellicale), invece che le creste iliache ritenuto il limite classico nella disarmonica distribuzione dell'adipe. L'accumulo di adipe ai fianchi ove abitualmente si ha una normale disposizione o una atrofia del grasso. L'assenza di segni clinici e farmaco-dinamici manifesti, capaci di rilevare una turbata funzione del sistema neuro-vegetativo, la presenza di nette manifestazioni cliniche, espressioni di una alterata funzione delle glandole surrenali, notate per la prima volta in malati affetti da lipodistrofia, caratterizzate dalla pigmentazione bronzina della cute, dall'ipotensione arteriosa, dall'astenia.

Dal lato patogenetico il caso non porta una nuova luce nel tentare di penetrare l'oscura patogenesi dell'entità morbosa.

Le varie teorie emesse debbono allo stato attuale essere considerate come delle semplici ipotesi. Schematicamente possono essere divise in endocrine, nervose, costituzionali.

Partendo dalla osservazione che in alcuni malati di lipodistrofia sono stati osservati sintomi clinici variabili da caso a caso in rapporto ad una alterata funzione o della tiroide o dell'ipofisi o dell'ovaio, documentati anche, nei rarissimi casi capitati all'osservazione anatomica, da lesioni strutturali (Weber, Parker e Gunewardine, Zalla, Marburg, Christiansen, Ewxrost), sono sorte teorie che tentano spiegare la disarmonica distribuzione del grasso con una turbata funzione del sistema endocrino, generale o parziale.

Questa concezione patogenetica si presta a critiche non indifferenti. I dati clinici ed anatomici rilevati non sono infatti a carico sempre della medesima o di più glandole insieme, in maniera da costituire un reperto-base costante, ma mutevoli da caso a caso, alcune volte del tutto assenti. Inoltre questa ipotesi non ci dà ragione di quello che è l'assenza della malattia, la disarmonica distribuzione dell'adipe, caratterizzata nello stesso soggetto da fenomeni atrofici ed ipertrofici.

Per tentare di spiegare questo che è il carattere fondamentale della lipodistrofia che la differenzia nettamente dalle varie forme cliniche di adiposità localizzate e dalle lipomatosi, è stata invocata una teoria nervosa.

L'azione del sistema nervoso sul ricambio dei grassi è nota ed è documentata da osservazioni cliniche e sperimentali. Sezionando, ad esempio, uno dei nervi sciatici di un cane lasciato morire di inanizione, nell'arto operato fu riscontrato un accumulo di grasso da due a sette volte maggiore che nell'arto sano (Lortat-Jacob, Vitry, Mansfeld Müller). Clinicamente è stato riscontrato un aumento di adipe negli arti colpiti da sciatica, e in casi di polinevrite alcoolica è stata osservata una lipomatosi simmetrica (Le Meignen e Levasque).

In un cane con il midollo spinale sezionato, Müller riscontrò nelle estremità posteriori paralizzate più adipe che nelle anteriori sane. Lo stesso fenomeno osservò sull'uomo in un caso di sezione del midollo, di natura traumatica. In base a queste osservazioni cliniche e sperimentali e al fatto che nella lipodistrofia da più autori sono notate turbe varie del sistema neurovegetativo già ricordate, la genesi dell'entità morbosa è stata messa in rapporto con una turbata funzione del sistema vago-simpatico con prevalenza di questo ultimo (endocrinosimpatosi a tipo adiposo Pende). In questo senso va anche considerata l'ipotesi di Klien, che ritiene responsabile della sindrome l'epifisi; non in rapporto alla sua secrezione interna, ma per l'intermediario di fibre nervose che unirebbero l'epifisi ad un centro vegetativo sottotalamico, situato in vicinanza dell'infundibulo del 3° ventricolo, cui si tende in base ad osservazioni cliniche, anatomiche, sperimentali, a dare un certo valore, come centro del metabolismo adiposo. L'epoca della insorgenza della malattia in giovane età non sarebbe perciò fortuita, ma coinciderebbe con il periodo involutivo dell'epifisi.

In senso strettamente costituzionale, parla Bauer, il quale considera la lipodistrofia come una disarmonia della lipofilia regionale, sulla base di una anomalia costituzionale autoctona del tessuto sottocutaneo; l'accumularsi dell'adipe sarebbe dovuto ad un lipotropismo dei tessuti a carattere cromosomico.

Non molto diversa la concezione di Husler che considera la lipodistrofia una vera malattia intrinseca, congenita del tessuto adiposo (lipoatrofia lipogena). In senso più lato Christinansen interpreta la entità morbosa come una esagerazione grottesca di tipi femminili fisiologici.

Le numerose concezioni patogenetiche esposte non sono capaci a nostro avviso di penetrare e spiegare l'intima essenza di quello che rappresenta la nota clinica e anatomica dominante della malattia, l'atrofia del grasso in una porzione del corpo, l'ipertrofia in una altra regione.

Ammettendo un origine endocrina, come spiegare con la turbata azione di una o più glandole, la disarmonica distribuzione dell'adipe? E un alterata funzione del sistema nervoso, sia essa di natura centrale (ipotesi di Klien) o a carico del sistema vegetativo perchè dovrebbe agire su di un tessuto somaticamente identico, provocando in una zona atrofia del grasso e in un altra ipertrofia? L'ipotesi costituzionalistica di Bauer (lipofilia o lipotropismo dei tessuti) può anch'essa spiegare l'aumento o la scomparsa dell'adipe in una regione, ma perchè nello stesso individuo che presenta note costituzionali sue proprie, in un segmento del corpo esisterebbe una lipofilia e in un altro una lipoatrofia?

Le incognite che avvolgono la etiopatogenesi della malattia restano dunque tutt'ora impenetrabili. Che tutta la malattia sia quella che conosciamo non possiamo neppure affermare, poichè dato il lunghissimo decorso dell'entità morbosa, non è da escludere che si possono presentare ulteriori successioni morbose capaci di portare contributi nuovi d'interpretazione; cio potrebbe essere attestato dalla osservazione fortunata di casi eseguiti per un lunghissimo periodo di tempo, ciò che ancora non è avvenuto. Che le manifestazioni cliniche espressioni di una endocrinopatia quando esistono siano varie e multiformi senza presentare un carattere specifico e costante, lo dimostra anche il nostro caso nel quale abbiamo notato per la prima volta sintomi d'insufficienza delle glandole surrenali, senza che questo autorizzi a stabilire un nuovo rapporto genetico fra lipodistrofia e surreni. Attualmente di fronte all'incertezza e all'oscurità che avvolgono la entità morbosa possiamo ritenere le ipotesi dei vari autori, anche se non poggiano su solidi e definiti argomenti, provvisoriamente giustificate, finchè non sia possibile pensarne delle altre più verosimili.

RIASSUNTO

L'A. descrive un caso di lipodistrofia progressiva, il 5° pubblicato in Italia, descrivendone le particolarità cliniche e discutendo l'etiologia e la patogenesi dell'entità morbosa.

BIBLIOGRAFIA.

ASKGAARD. *Lipo listrofia.* Hosp. Tid., Copenhaghen, 1921, vol. LXIV.

BABONNEIX. *Lipodistrophie progressive.* Soc. méd. hôp., 12 gennaio 1923.

BARRAQUER. *Soria clinica di un caso di atrofia del tessuto cellulo-adiposo.* Barcellona, 1906.

BIGNAMI. *Un caso di lipodistrofia e liponecrosi sottocutanea.* Rivista Ospedaliera, n. 19, 1916.

BOISSONNAS. *La lipodystrophie progressive.* Revue Neurol., n. 10, 1919.

BOSTON. *Lipodistrophia progressiva.* New York Med. Journ.,p. 668, 1923.

CAMPBELL. *Disappearance, more or less complete, of the subcutaneous fat above the region of the lower extremities.* Trans. Clin. Soc. Lond, 1907.

ID. Proc. Roy. Soc. Med. Neur. Sect., 1913.

CAVRAN. *Lipodistrofia progressiva.* Archivos Latino-Americanos de Pediatria, n. 6, 1921.

CHRISTIANSEN. *Lipodystrophie progressive.* Revue Neurol., giugno 1922.

Id. *Lipodystrophie progressive chez un homme de 40 ans.* Revue Neur., settembre 1922.
Comby. *La lipodystrophie progressive.* Arch. de Méd. des enfants, 1917.
Cronk. *Un caso di lipodistrofia.* St. Bartolomew's Hosp. Journ, pag. 67, 1919-20.
Di Guglielmo. *Sulla evoluzione di una forma di lipodistrofia.* Bol. Soc. M., C. di Pavia, giugno 1926.
Id. *La lipodistrofia progressiva.* Riv. di Pat. nerv. e ment., n. 5, 1926.
Id. *Sindromi neuroipofisarie.* Ist. ed. scient., Milano.
Epler. *Relazione di un caso di lipodistrofia progressiva.* Michigan Sate medical Soc. Journ., p. 356, 1918.
Gelli. G. Endocrinologia e Patol. costituzionale, fasc. V, 1931.
Gerhartz. *Lipodistrofia progressiva.* Münch. Mediz. Wochenscher., p. 823, 1916.
Hartenberg. *Lipodystrophie progressive.* XXVI Congresso dei medici alienisti e neurologi di Francia e dei paesi di lingua francese. Besançon, agosto 1923.
Herman. *Lipodystrophia progressiva.* Arch. of. Intern. med., p. 516, 1916.
Iolowicz. *Lipodystrophia progressiva.* Neurol. Zbl., n. 24, 1915.
Irving. *Lipodistrophia.* Medical Presse, pag. 70, 1922.
Kaspar. *Lipodistrophia progressiva.* Münch. Mediz. Woch., p. 1090, 1920.
Kraus. *Lipodystrophia progressiva.* New-York Med. Journ., p. 637, 1921.
Laugmead. *Lipodystrophia.* Proc. Roy. Soc. Med., p. 6, 1919.
Leipoldt. *Lipodistrophia.* Med. Journ. South Africa, p. 161, 1919-20.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedali Riuniti di Roma.
Ospedale del Littorio - Padiglione Morgagni.
Primario: Prof. C. Antonucci.

Sulla patogenesi e sulla cura delle cefalee che seguono la rachianestesia.

Dott. Gaetano Zappalà, assistente.

La R. A. presenta per il chirurgo e per l'operato, dei notevoli vantaggi rispetto alle altre forme di anestesia.

Se essa non è riuscita ancora ad imporsi nettamente, è perchè parecchi inconvenienti gravi persistono, malgrado le numerose ricerche fatte per migliorare la tecnica e per diminuire la tossicità delle soluzioni usate.

La cefalea dopo R. A. è un accidente non raro. La sua frequenza varia secondo l'anestetico usato. Si comprende così come le percentuali indicate dai vari autori siano estremamente variabili.

Hughes afferma che la cefalea dopo R. A. si osserva nel 5 % dei casi. Il momento di apparizione varia da ore, a giorni, a settimane.

La cefalea è generalmente a sede frontale, o fronto occipitale, è continua con maggiore intensità al mattino. Essa si manifesta come un senso di peso al capo o di vuoto, o come un cerchio che stringe fortemente la fronte.

Si possono distinguere due categorie di cefalee, l'una passeggera che dura 24-48 ore, che cede facilmente ai comuni rimedi o che scompare spontaneamente. L'altra intensa, penosa, tenace, che dura più giorni e qualche volta ribelle alle cure. Quando la cefalea è forte, si accompagna spesso a rachialgia, vomito, insonnia.

L'intensità della cefalea è influenzata dalla posizione del malato. In alcuni casi la posizione assisa o in piedi l'aggrava considevolmente, e la posizione coricata la fa diminuire o sparire nei casi leggeri. Altre volte succede invece il contrario.

Patogenesi. — Varie teorie sono state avanzate per spiegare il meccanismo col quale si produce la cefalea dopo R. A.

Le interpretazioni patogeniche più accreditate sono tre. Esse assegnano al disturbo una natura completamente diversa: Malgrado ciò a noi pare che non si contendano il campo, ma piuttosto stiano ad indicare come lo stesso disturbo possa essere determinato da cause diverse.

Prima quindi di esporre i risultati della nostra esperienza dedotta da numerose osservazioni, crediamo opportuno riassumere le opipioni dei vari autori sulla questione.

Teoria tossica. — Questa teoria si presta bene per spiegare i disturbi immediati della R. A. quali il vomito, la caduta brusca della pressione, ecc. Per la cefalea secondaria a R. A. e che insorge dopo due-tre giorni dalla puntura, bisognerebbe ammettere una tossicità ritardata. Questa ipotesi di un'azione tossica tardiva dell'alcaloide sulla sostanza nervosa, che alcuni autori avevano accreditata, non può essere più presa in considerazione. Infatti è stato dimostrato non solo che nessuno degli anestetici usati è dotato di tossicità tardiva, ma anche, che dopo 48 ore non si trova più traccia di anestetico nel liquido cefalo-rachidiano.

Questa teoria quindi non è fornita di alcun dato probativo.

Teoria dell'irritazione meningea. — È un fatto ammesso da molto tempo che dopo R. A. per la penetrazione di germi nelle meningi, o per l'azione irritante prodotta dalla sostanza anestetica, od anche per le semplici manovre della puntura lombare, si possano sviluppare stati di reazione meningea accompagnati da sintomi vari.

La realtà di questa teoria sembrava provata dall'esistenza di un intervallo libero, più o meno lungo tra la R. A. e l'apparizione della cefalea.

All'irritazione meningea si potrebbero attribuire l'insorgenza oltre che della cefalea, delle convulsioni epilettiformi, dei disturbi psichici. Ma si può dimostrare coll'esame del liquor un'irritazione meningea?

Stephanivitch ha eseguito recentemente uno studio accurato del liquido cefalo-rachidiano prima e dopo R. A. Egli ha notato in un certo numero di casi l'esistenza di alterazioni: iperalbuminosi, iperglicorrachia e presenza di linfociti.

Ricerche di controllo eseguite prima della R. A. hanno dimostrato però che queste variazioni talora preesistono.

Inoltre si osservano è vero dei malati con manifestazioni meningee e modificazioni del liquor, ma anche, e più spesso, malati senza manifestazioni meningee e con modificazioni profonde del liquor ed infine malati con manifestazioni meningee senza modificazioni del liquor.

Si comprende facilmente come una tale varietà di reperti possa generare confusioni nelle interpretazioni patogeniche. Si può concludere in ogni modo, che solo in alcuni casi l'associazione dei sintomi clinici della reazione meningea, con la positività del reperto del liquor, permette di stabilire fra i due fenomeni un rapporto patogenico.

Qual'è la causa dell'irritazione meningea?

Il fattore più incriminato come causa di reazione meningea, è la tossicità dell'anestetico usato. Quando insieme alla sostanza anestetica si iniettano sostanze accessorie come l'adrenalina e la soprarenina, si può attribuire a queste sostanze un'importanza più o meno notevole, quale prodotto tossico, nella genesi dell'irritazione meningea.

A queste ipotesi si può obbiettare che parecchi autori hanno segnalato la comparsa di cefalea intensa anche in seguito a semplice puntura lombare.

Inoltre Guinard ha dimostrato che un'iniezione di acqua distillata nel sacco durale provoca una cefalea violenta uguale a quella che si osserva dopo R. A.

In seguito a queste osservazioni egli attribuisce le reazioni meningee, dopo R. A. alla differenza dei punti crioscopici tra la soluzione iniettata ed il liquido cefalo-rachidiano.

Altri fattori sono stati citati come causa di irritazione meningea.

Henneberg dà grande importanza ad emorragie intradurali, di cui egli ha potuto spesso constatare l'esistenza.

Altri danno importanza all'infezione portata alle meningi dall'ago della puntura.

Bartrina infatti asserisce che malgrado tutte le precauzioni di asepsi ed antisepsi usate, non si può impedire che piccolissime particelle di cute vengano trasportate in profondità.

Però malgrado le più accurate ricerche, non si è riusciti ancora ad isolare dei germi mediante cultura dal liquor di soggetti con sintomi clinici di meningismo, e con esame citochimico positivo (leucociti, iperalbuminosi, ecc.).

Alcuni AA. insistono su alcune cause predisponenti al verificarsi di una irritazione meningea. Una predisposizione può essere rappresentata da malattie precedenti, specialmente tbc., lues.

Inoltre è stato affermato da numerose ricerche che esistono individui apparentemente normali, il cui liquor presenta notevoli variazioni. Le statistiche avrebbero dimostrato che queste modificazioni del liquor favoriscono l'insorgenza di disturbi secondari alla R. A., sia come espressione di una irritazione meningea, cui questi soggetti sarebbero specialmente predisposti, sia, secondo altri AA. per una pro-

babile combinazione di queste sostanze con l'anestetico. Questa combinazione darebbe origine ad altre sostanze dotate di notevole tossicità.

In complesso si può affermare che in seguito a R. A. si possono sviluppare degli stati di reazione meningea accompagnati clinicamente da vari disturbi fra cui predomina la cefalea.

In pratica però bisogna essere molto cauti nell'attribuire la cefalea, dopo R. A., ad uno stato congestivo delle meningi più o meno lieve perchè, come abbiamo visto, un rapporto patogenetico tra i due fenomeni è nella maggior parte dei casi molto incerto.

Teoria idrodinamica. — Le misurazioni della pressione del liquor eseguite in numerosi casi, hanno dimostrato che in un gran numero di essi, la cefalea secondaria a R. A. è da attribuirsi a squilibrio della pressione cefalo-rachidiana.

Le perturbazioni dell'idrodinamica intracranica consistono sia in un aumento che in una diminuzione della pressione del liquor.

La patogenesi di queste perturbazioni, e specialmente di quelle da ipotensione, di gran lunga più frequenti, ha dato adito alle ipotesi più diverse.

Leriche ha sostenuto anche recentemente l'ipotesi avanzata per primo da Sicard nel 1902, ed appoggiata in seguito da Baruch, Dawis, Wegeforth, Hosemannd, ecc., che ammette una perdita secondaria di liquor dall'orificio beante della dura madre.

Gli argomenti portati dall'autore a sostegno della ipotesi sono vari:

1) in occasione di operazioni sulla colonna vertebrale (laminectomia) Leriche, messa a nudo la dura madre, vi praticò una puntura mediante un comune ago da rachianestesia: ritirato l'ago attraverso il foro cominciò a defluire del liquor;

2) se dopo una puntura meningea si chiude la ferita e si rinterviene alcuni giorni dopo, si trova tra i muscoli e la dura un piccolo versamento di liquor (20 cmc. in un caso di Leriche). Se si aprono gli spazi subaracnoidali si vede che la pressione del liquor è bassa. Scola dalla ferita delle meningi una quantità di liquor minore di quando si fa un'apertura non preceduta da alcuna puntura;

3) la riparazione della breccia fatta dall'ago si fa con difficoltà. Egli ha visto 12 giorni dopo una puntura, l'orificio della dura madre bloccato dal grasso epidurale non aderente; bastava deprimere la meninge con una pinza per provocare una fuoriuscita di liquor;

4) egli ha potuto osservare, in un caso, una piccola ernia dell'aracnoide ingaggiata in un antico orificio, probabilmente da puntura;

5) se a meningi spinali aperte si iniettano 40 cmc. di acqua distillata in una vena si vede dopo 1-4 minuti uscire dalla ferita della dura un getto di liquor (8-10 cmc.). La pressione del liquor è quindi aumentata. Se si fa questa iniezione in un soggetto affetto da cefalea da R. A. la cefalea scompare. Se l'azione dell'acqua distillata non è che temporanea, dice Leriche, è perchè essa non ha azione sulla obliterazione del foro di puntura.

Dalle osservazioni riportate Leriche crede di poter concludere che la cefalea da R. A. sia dovuta a ipotensione, la quale a sua volta è dovuta a fuoriuscita secondaria di liquor dal foro della puntura. Gli ammalati possono perdere liquor in quantità relativamente grande, perchè non bisogna dimenticare che la quantità normale del liquor nell'uomo è di circa 100-125 cmc. Una perdita di 10 cmc. è dunque già una perdita abbondante.

Un meccanismo di compenso potrebbe intervenire, ma siccome la perdita dura più giorni, si capisce come questo meccanismo sia in difetto. È assai verosimile egli aggiunge che anche la filtrazione di liquor a livello dei plessi corioidei, qualunque ne sia il meccanismo, sia negli operati sotto rachianestesia diminuita. In queste condizioni, ogni perdita di liquor è mal compensata.

Alle osservazioni ed alle idee di Leriche sono state fatte parecchie obiezioni:

Si può infatti obbiettare a proposito del 2° argomento portato dall'autore a sostegno della sua ipotesi, che non è la stessa cosa fare una puntura lombare nelle condizioni in cui si è messo l'A. e le punture che vengono fatte usualmente in tessuti non anestetizzati, con i loro rapporti e la loro elasticità normali.

Le osservazioni 3ª e 4ª poi sembrano, al contrario di quanto pensa l'A. mostrare l'eccellenza dell'occlusione del foro realizzato.

La chiusura della breccia meningea è assunta infatti abitualmente in una maniera sufficiente, specialmente col grasso sottodurale, prima di ogni processo di cicatrizzazione.

Si può inoltre pensare che la cisti aracnoidea osservata da Leriche, sia stata un ostacolo alla obliterazione dell'orificio; essa si è opposta in ogni modo alla fuoriuscita del liquor.

A ciò si può aggiungere che la durata della cefalea è generalmente inferiore a quella dello scolo supposto. Inoltre non si spiega come la

sottrazione rapida di 10-15 cmc. di liquor non porti alcun disturbo, mentre la lenta perdita di alcuni centimetri cubici basti a provocare fenomeni di intolleranza.

Targowla e Lamache, d'accordo in ciò con Arnaud e Cremieux attribuiscono la ipotensione ad un fenomeno di inibizione riflessa di secrezione corioidea.

Essi fanno anzitutto osservare che il metodo di Swift e Ellis del trattamento della paralisi generale, che comporta un drenaggio del liquor è in contraddizione con la ipotesi di Leriche, poichè non determina accidenti di ipotensione, benchè realizzi l'ottimo per la sua produzione.

Essi concludono che l'ipotensione prolungata del liquido cefalo-rachidiano consecutiva alla R. A. sembra legata più che alla perdita di liquor attraverso il foro della dura madre, ad un fenomeno di inibizione riflessa di secrezione corioidea, dovuta ad uno squilibrio funzionale dei centri.

Gli AA. insistono sopratutto sull'importanza del sistema regolatore simpatico sulla tensione cefalo-rachidea.

Molti fatti mostrano bene il ruolo del sistema simpatico nella regolazione della pressione cefalo-rachidea e della secrezione corioidea. Essi mettono in evidenza la possibilità di un disturbo per semplice inibizione o eccitazione riflessa di questo meccanismo regolatore. Infatti i disturbi appaiono quando esiste un certo grado di eccitabilità simpatica, mentre la loro assenza coincide con una ipoeccitabilità simpatica marcata.

In definitiva, per gli AA. la condizione primordiale dei fenomeni di intolleranza deve essere ricercata in uno squilibrio simpatico preesistente, che produce perturbazioni vasomotorie a livello della massa encefalica e dei suoi inviluppi. Il loro meccanismo intimo è evidentemente complesso.

È dunque un meccanismo simpatico che sta alla base dei perturbamenti tensionali e delle manifestazioni cliniche.

Conclusione:

Con Marcel Arnaud e Albert Cremieux che si sono molto interessati dell'argomento noi crediamo di poter così concludere:

Gli argomenti invocati da Leriche in appoggio alla sua teoria, ci sembrano lungi dal portare alla convinzione. Noi persistiamo nelle nostre prime ipotesi: le cefalee secondarie alla R. A. non possono avere un meccanismo patogenetico unico.

Nella maggioranza dei casi sono dovute alla ipotensione del liquor, in altri alla ipertensione o ad una vera reazione meningea.

Quanto alla causa stessa di questa ipotensione noi a nome della logica, dell'anatomia e della fisiologia, non la possiamo considerare come conseguenza di una semplice fuga di liquor.

Perchè vi sia una ipotensione del liquor è indispensabile che esista prima di tutto un disturbo della secrezione liquida.

Noi sappiamo che questo meccanismo è regolato dallo stato del sistema vago-simpatico. In uno squilibrio, riflesso, di questo sistema noi dobbiamo ricercare la causa della inibita secrezione del liquor.

Gli accidenti della puntura lombare sono eccezionali infatti nell'inerzia del sistema neuro-vegetativo.

Profilassi. — Partendo dal concetto che la ipotensione, causa della cefalea, sia dovuta alla filtrazione di una quantità importante di liquido attraverso il foro della dura madre, prodotto dalla puntura lombare, Pitkin, propone l'uso di aghi di un calibro fine; in maniera che l'orificio puntiforme che si produce, si richiuda appena terminata la puntura.

D'altra parte, egli aggiunge, nessuna puntura lombare deve essere fatta su un malato assiso, perchè in questa posizione la pressione intrarachidea è più forte, donde più grande facilità di lacerazione della dura.

Infine bisogna evitare di pungere una vena del plesso rachideo perchè il liquido cefalorachideo può abbandonare il canale rachideo per questa via, la pressione venosa essendo inferiore alla pressione rachidea: donde la necessità di fare sempre la puntura esattamente sulla linea mediana, e di affondare l'ago direttamente da dietro in avanti, perchè è a questo livello che esiste il minor numero di vene rachidee. Quando queste precauzioni sono prese, conclude Pitkin, le cefalee sono evitate quasi sempre e non raggiungono che raramente una intensità molto penosa.

Per un soggetto ipoteso, Pitkin consiglia di praticare un'ora prima dell'anestesia, un'iniezione endovenosa di efedrina che in 4-6 ore riporterà la pressione al livello normale e permetterà di intervenire come in un soggetto normale.

Forgue consiglia di non mescolare l'anestetico col liquor nella siringa prima di iniettarlo. Dopo la puntura l'ammalato deve essere coricato lentamente, e se si vuole metterlo in posizione di Trendelemburg, aspettare 10 minuti prima di farlo.

Forgue pratica inoltre iniezioni preparatorie di caffeina, olio canforato, efetonina; e consiglia di usare sostanze anestetiche pure senza adrenalina, caffeina o stricnina.

Daniel attribuisce i disturbi ad uno squilibrio vago-simpatico, seguito da una crisi umorale (?).

Egli per evitare questi squilibri inietta all'operando dopo R. A., 10 cmc. del proprio liquor nelle vene.

Con questo procedimento egli ha notato scomparsa quasi completa degli accidenti secondari a R. A.

Vitale che ha eseguito il metodo di Daniel, su 220 casi lo ha trovato di grande utilità. Egli ha interpretato i buoni risultati come effetto di una desensibilizzazione dell'organismo.

Placitelli allo scopo di prevenire la cefalea e gli altri disturbi da R. A. ha praticato sistematicamente nei suoi casi, 10 minuti prima dell'operazione, un'iniezione di caffeina (0,20) ed efetonina (0,05). Egli però non ha notato una sensibile modificazione nella frequenza e nella intensità dei disturbi.

A Biancalana è sembrata utile, allo scopo di evitare l'ipotensione arteriosa post-anestetica, un'iniezione preventiva di adrenoefedrina.

Cura. — Le ricerche sulla patogenesi della cefalea che segue la R. A. hanno dunque dimostrato che il disturbo, molto probabilmente, è prodotto da cause varie. In un gruppo di casi, i sintomi e le modificazioni citochimiche del liquor dimostrano uno stato irritativo delle meningi.

In un altro gruppo di casi, mancano alterazioni del liquor, ma le misurazioni della pressione rachidea mostrano notevoli variazioni in più o in meno rispetto al normale.

La terapia dei singoli casi non può non tener conto di questi fatti. Si tratta in conseguenza di stabilire nei singoli casi se si tratta di iper- o ipotensione o di irritazione meningea prima di prendere un indirizzo terapeutico.

Secondo Forgue un controllo manometrico preventivo può dare a questa distinzione essenziale la sua precisione.

I mezzi comuni antinevralgici (aspirina, piramidone, Gardan, Veramon, ecc.) non alleviano che di poco e solo transitoriamente queste cefalee.

Cefalea da irritazione meningea. — L'associazione del quadro clinico del meningismo con la positività del reperto citochimico del liquor lasciano supporre la natura irritativa dei sintomi osservati.

La cefalea in questi casi è molto probabilmente dovuta ad un processo congestizio meningeo: essa può accompagnarsi talora ad un certo grado di rigidità della nuca, nonchè ad elevazione termica.

La cefalea intensa, gravativa non è attenuata da alcun trattamento all'infuori dell'evacuazione del liquor.

Oltre alla somministrazione dei comuni antinevralgici è bene porre una borsa di ghiaccio in testa al paziente, facendogli assumere il decubito supino.

Cefalea da ipertensione. — Se la cefalea si allevia con la posizione assisa ed aumenta nel decubito supino, se ad essa si uniscono rachialgia, ipertermia, rigidità della nuca, quasi sicuramente si tratta di cefalee da ipertensione.

Queste cefalee si giovano della puntura lombare evacuativa (10-15 cmc.) o del metodo di Weed-Mac Kibben. Sappiamo che un'iniezione endovenosa ipertonica determina rapidamente (10'-30') una caduta della pressione del liquor considerevole e durevole (qualche ora).

Il metodo consiste quindi nel praticare una iniezione endovenosa ipertonica. Si possono iniettare 40-80 cmc. di una soluzione di NaCl al 10 % o 100 cmc. di glucosio al 40 %.

Ma l'abbassamento della pressione prodotto dalle soluzioni concentrate è passeggero, di poche ore.

Anche l'abbassamento prodotto dalla puntura lombare evacuativa è poche volte definitivo. La cefalea si può ripresentare dopo poche ore.

In alcuni casi lievi, la somministrazione per bocca di una soluzione ipertonica di glucosio (1 cucchiaino di caffè ogni quarto d'ora) può bastare a far cessare il disturbo.

Cefalea da ipotensione. — La cefalea da ipotensione è la più frequente. In un rachianestetizzato che si lamenta di cefalea frontale o fronto occipitale gravativa, esagerata dalla posizione assisa, calmata dal decubito orizzontale a testa bassa, con nausea, vomito, è molto probabile che si tratti di fenomeni di ipotensione. La cura quindi di questa forma di cefalea è diretta ad innalzare la pressione del liquor.

Teobromina. Caffeina. — L'azione di queste due sostanze sul rene consiste in un aumento della secrezione delle urine. La teobromina, che ha un'azione sui centri nervosi molto più debole di quella della caffeina, ha un'azione diuretica più distinta.

Noi sappiamo d'altra parte che la cellula renale e la cellula dei plessi corioidei, hanno in molti casi, almeno in ciò che concerne il metabolismo dell'acqua, un funzionamento parallelo.

Targowla e Lamache che hanno studiato l'azione della teobromina sulla secrezione del liquido cefalo-rachideo, hanno osservato che questa sostanza eleva simultaneamente il volume urinario e la pressione del liquor. Questa oltrepassa generalmente la tensione iniziale. Dopo queste ricerche la teobromina e la caffeina sono state largamente usate nella cefalea da ipotensione, ma con scarsissimo effetto.

Anzi Leriche, non ha notato alcuna azione della teobromina sulla cefalea da R.A. e la ha abbandonata dopo numerose prove, fin dal 1923.

Efedrina. Adrenoefedrina. — L'azione di queste sostanze sulla pressione del liquor è indiretta.

Sappiamo infatti che esse vengono largamente usate per elevare la pressione sanguigna nei pazienti sottoposti a R. A.

Dai risultati ottenuti, pare che queste sostanze costituiscano realmente un mezzo atto a combattere i più comuni stati di ipotensione chirurgica, specialmente quelli prodotti da R. A.

La loro azione sulla pressione del liquor è molto debole. Il loro uso quindi, per combattere le cefalee tardive da ipotensione del liquor, non è giustificato che nei casi lievissimi.

Ginergen. — È tartrato di ergotamina. Oltre che un'azione sull'utero, questa sostanza gode di un potere simpaticolitico. Il suo impiego nella cura delle cefalee da R. A. è giustificato da quanto prima si è detto circa l'importanza del simpatico sul meccanismo regolatore della secrezione del liquor. Biancalana recentemente ha sperimentato questa sostanza in 35 casi di cefalea secondaria a R. A. Egli ha avuto buoni risultati.

L'azione non è sempre rapida e compare talora dopo un quarto d'ora, mezz'ora, ed anche un'ora. L'effetto benefico è spesso annunziato da una sensazione di caldo che si estende verso il capo e che prelude la scomparsa della cefalea.

Il paziente alcune volte appena sollevato dalla sensazione penosa si addormenta. Il periodo di benessere è variabile: nelle forme molto lievi è qualche volta sufficiente una sola iniezione, abitualmente però è necessario continuare il trattamento perchè dopo 12-24 ore la cefalea ricompare.

Biancalana ha iniettato abitualmente 1 cmc. della soluzione di ergotamina nelle 24 ore, diviso in due mezzi centimetri cubici, iniettati a distanza di qualche ora.

Gli estratti ipofisari che secondo Cushing e Weed, accelererebbero la filtrazione dei plessi corioidei, sono stati abbandonati nella cura di queste cefalee, perchè di nessuna efficacia.

Le applicazioni calde sul capo, sopratutto sotto forma di aria calda recano notevole beneficio, specialmente se associate al decubito supino a testa bassa.

Metodo di Leriche. Secondo Leriche, l'iniezione endovenosa di una soluzione ipotonica (acqua distillata) rieleva la tensione del liquido cefalo-rachidiano e rimedia temporaneamente alla sindrome ipotensiva causa della cefalea, che in tal modo scompare. Generalmente la cefalea scompare dopo qualche minuto l'iniezione endovenosa di 40-60 cmc. di acqua distillata. Questa può essere rinnovata, se è necessario, l'indomani e i giorni seguenti, perchè l'ipotensione si riproduce, dopo qualche ora. È quindi necessaria una nuova iniezione per riaumentare la pressione del liquor.

Il metodo di Leriche per gli ipotèsi è più efficace di quello di Weed-Kibben per gli ipertesi.

Secondo i calcoli di Leriche un'iniezione endovenosa di 40 cmc. di acqua distillata, produce un aumento di 8-6 cmc. di liquor.

Biancalana recentemente piuttosto che ricorrere all'uso delle iniezioni endovenose di acqua distillata o di soluzioni ipertoniche, ha pensato che sarebbe stato più logico cercare di riportare direttamente la pressione del liquor, ai valori trovati al momento della R. A. iniettando del liquido negli spazi sottoaracnoidei o sottraendo liquor.

Come liquido da iniettare si è servito di una soluzione glucosata al 5 % e al 20 %.

L'introduzione di soluzione glucosata (5-10 cmc.) negli spazi sottoaracnoidei, allo scopo di sollevare la pressione del liquor, si è dimostrata secondo l'A. di grande efficacia contro i disturbi. (*Continua*).

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

A proposito del dolicocolon.

Note cliniche, radiologiche, fisiologiche e terapeutiche.

(Chiray, Lomon e Rosanoff. *La Presse Médicale*, n. 33, 25 aprile 1934).

Gli AA., che si sono molto occupati dell'argomento, premettono innanzi tutto una questione di principio, che cioè il dolicocolon, come essi l'hanno descritto, deve essere considerato come un'entità morbosa ben definita che ha una triade sintomatica ormai divenuta classica e costituita dalla costipazione abituale, l'aerocolia e le crisi dolorose ad andamento subocclusive. Nessuno di questi segni presi isolatamente è patognomonico della malattia, ma lo è invece la loro contemporanea presenza, la quale è sufficiente a far porre la diagnosi di dolicocolon, diagnosi che, quasi senza eccezione, sarà confermata dal controllo radiologico.

A coloro poi che considerano il dolicocolon come una semplice malformazione e non come una malattia perchè tale diventa solo quando esso si complichi a una colite, gli AA. rispondono che ciò è solo in parte vero, perchè in ogni dolicocolon vi è un periodo di semi-latenza che va dalla prima infanzia fino alla seconda o anche all'età adulta e che allora l'affezione è già ben riconoscibile per la costipazione tenace e per il meteorismo. Certamente quando interviene la colite allora la sintomatologia diventa molto più evidente.

Gli AA. in un gran numero di osservazioni personali hanno riscontrato il dolicocolon associato a un'altra affezione addominale. In questi casi possono essere commessi due errori: talvolta la malattia associata richiama tutta l'attenzione dell'osservatore così che il dolicocolon rimane sconosciuto pur avendo quest'ultimo una parte importante nella genesi dei disturbi lamentati dal p., tal'altra invece avviene il contrario. Nel primo caso gli AA. parlano di dolicocolon dissimulato, nel secondo di dolicocolon complicato.

Per quanto riguarda i dati radiologici di questa entità morbosa, gli AA. fin dal 1931 avevano già dimostrato che le gomitature e gli allungamenti del dolicocolon non sono rivelati che in maniera indiretta dall'osservazione del passaggio intestinale. Anche il semplice esame radiologico senza bario può far presupporre la diagnosi perchè si può vedere un'ansa anormalmente distesa per il gas che contiene; inoltre perchè nel corso degli esami si ha un'apparizione parziale e spessissimo incompleta delle gomitature. Con la somministrazione del bario un primo segno si manifesta dall'esame dello stomaco che è spostato e deformato dal colon disteso da gas: sollevamento del bassofondo dello stomaco dovuto all'ansa sigmoidea, biloculazione per compressione laterale della grande curvatura in presenza di un dolicocolon sinistro. Molto importante è poi per la diagnosi la disposizione e la ripartizione delle bolle gassose, le quali permettono di ricostruire il tragitto delle angolature: le bolle gassose, che possono essere in modica quantità, possono riscontrarsi sia nella reg. sopraombellicale, sia nell'ipocondrio S. che nella fossa iliaca S.; queste immagini d'aria del dolicocolon non sono però costanti. Con la somministrazione di bario abbiamo altri elementi importanti: la presenza di esso nelle feci dopo 3-4 giorni dall'esame; il suo passaggio nelle anse dolicocoliche sotto l'aspetto di piccole sfere isolate le une dalle altre.

Nelle anse così affette può trovarsi del bario in minima quantità e quindi essere esse quasi invisibili: ciò è dovuto al fatto che le anse del dolicocolon hanno una grande estensibilità e anche un'estrema mobilità per cui nel loro interno il bario e le materie fecali vi sostano solo per brevissimo tempo.

Questi diversi aspetti radiologici del dolicocolon prima e dopo un clistere hanno suggerito agli AA. nuovi concetti relativi alla fisiopatologia di questa affezione: secondo essi gli allungamenti e le gomitature delle anse affette non sono permanenti. ma è permanente invece la possibilità della loro formazione quando un clistere o del gas distende le anse suddette; e ciò è possibile per l'anormale altezza, congenita o parzialmente acquisita, del mesocolon, la quale permette l'allungamento di un segmento dell'intestino e come conseguenza l'angolatura di esso.

Come cura gli AA. consigliano il trattamento medico costituito dai lavaggi intestinali ripetuti e da un regime dietetico privo di farinacei.

G. Gentile.

L'appendicite cronica.

(W. Muir Dickson. *British Medical Journal*, 3 febbraio 1934).

L'appendicite cronica è un'affezione che non si manifesta con segni e sintomi ben definiti e caratteristici tanto che il più delle volte la diagnosi può essere fatta solo per esclusione. A complicare le cose sta il fatto che le reazioni mentali prodotte dal processo appendicolare variano a seconda della sensibilità dei varî pazienti e che l'esposizione delle sofferenze da esso indotte non è sempre precisa.

Quando l'infiammazione cronica segue ad un'appendicite acuta la diagnosi è generalmente facile. Ma quando la cronicità si stabilisce lentamente, subdolamente, le manifestazioni sintomatologiche possono essere così varie ed anche così lontane dal punto malato che l'orientamento diagnostico è tutt'altro che facile.

Le appendiciti croniche dal punto di vista

sintomatologico possono distinguersi in quattro gruppi:

1) Con sintomi e segni analoghi a quelli dati dall'appendicite acuta, ma meno gravi.
2) Con disturbi dispeptici.
3) Con dolori nel basso ventre.
4) Senza sintomi e segni.

Gruppo 1°. In questo gruppo i sintomi sono molto leggeri, ma caratteristici. I pazienti soffrono attacchi di dolore diffuso a tutto l'addome con centro di maggiore intensità alla fossa iliaca destra, che è dolente alla pressione, e talvolta rigida. Questi attacchi sopravvengono a distanza di tempo e non influiscono affatto sull'attività del soggetto, nè sul suo stato generale.

All'operazione si trova qualche aderenza, ma nessuna alterazione macroscopica dell'appendicite. Ma all'esame microscopico si ha alterazione fibrosa della sottomucosa, infiltrazione di linfociti, occlusione del lume appendicolare sostituito da tessuto fibroso.

Gruppo 2°. I disturbi dispeptici di origine appendicolare possono simulare quelli causati dall'ulcera gastrica o duodenale, e dalla colecistite. In tali casi la diagnosi si fa per lo più per esclusione o solo a seguito di un'operazione esplorativa. L'asportazione dell'appendice macroscopicamente in apparenza sana determina la completa cessazione di tutti i disturbi.

Gruppo 3°. In questo gruppo il dolore è localizzato nel basso ventre, ha caratteri diversi (senso di bruciore, di pienezza, di laceramento). Può ripetersi quotidianamente o a intervalli irregolari. Può essere influenzato dai pasti e aggravato dal cammino. Talvolta il dolore è localizzato nella regione ombelicale o ipogastrica con diffusione alla fossa iliaca destra. Gli accessi dolorosi, accompagnati o non da nausee, possono ripetersi per molto tempo, anche per anni, senza influenzare affatto l'attività e lo stato generale del paziente.

All'operazione non si trova alcuna alterazione macroscopica dell'appendice e delle parti circostanti, ma microscopicamente si notano le stesse alterazioni del primo gruppo.

Gruppo 4°. Può capitare che esiste un processo infiammatorio cronico dimostrabile microscopicamente in appendici asportate in occasioni d'interventi laparatomici per altre affezioni, senza che il paziente si sia mai lamentato di disordini che facessero sospettare una appendicite. Comunque, non si può escludere che il processo appendicolare abbia avuto influenza aggravante o determinate sulla malattia per la quale si pratica l'operazione, specie se si tratta di affezioni di organi situati nella parte alta dell'addome.

Può capitare anche che in occasione di un intervento per un'appendicite acuta oltre i fatti infiammatori in atto si riscontrino lesioni cicatriziali che depongono per la preesistenza di un processo cronico lento sintomatologicamente silente.

Per la *diagnosi differenziale* dell'appendicite cronica vanno tenute presenti parecchie condizioni morbose.

Come si è detto l'appendicite può estrinsecarsi con sintomi che possono far sospettare l'esistenza di un'*ulcera gastrica* o *duodenale*. Talvolta le analogie sintomatologiche sono così spiccate che solo l'esame radiologico può condurre ad una diagnosi certa. Quando tale reperto è insufficientemente negativo, giova praticare l'operazione esplorativa.

Nella *visceroptosi*, prevalente nelle donne, gli attacchi di dolore s'iniziano verso l'età di 15 anni, sono variamente descritti o per lo più localizzati nella fossa iliaca destra. I pazienti avvertono un malessere generale e sono poco resistenti ad ogni genere di lavoro. Essi si fanno notare per un aspetto speciale: torace stretto e bacino ampio. Hanno una zona d'iperestesia a destra dell'ombellico. La pressione sulla fossa iliaca destra suscita dolore e nella palpazione si può riscontrare mobilità ed ingrossamento del cieco. L'esame radiologico fa fare la diagnosi. Ma talvolta i sintomi sono così simili a quelli dell'appendicite da indurre all'intervento.

Le affezioni *renali* ed *ureteriche* di destra possono sintomatologicamente confondersi con l'appendicite cronica. La *pielite cronica* può provocare dolore nel basso ventre a destra, ma di solito la palpazione fa rilevare dolore del rene destro. L'esame delle urine ed eventualmente l'ureteroscopia fanno fare la diagnosi giusta. *L'idronefrosi* di lieve grado può dare dolori addominali a destra, che però di solito sono alleviati dal riposo. La pielografia mette in evidenza l'affezione. I grossi *calcoli ureterici* possono produrre dolori nella parte inferiore destra dell'addome, che possono essere intermittenti ed anche essere aggravati dall'ingestione di alimenti. Il passaggio di piccoli calcoli può provocare accessi dolorosi simili a quelli dell'appendicite acuta. Anche in questi casi la diagnosi è agevolata dall'esame radiologico.

Le affezioni delle *trombe* e dell'*utero* si estrinsecano di solito con sintomi che consentono la differenziazione con l'appendicite. In qualche caso però si hanno solo dolori nella fossa iliaca destra e gli altri sintomi sono così oscuri da indurre in confusione.

Le *adeniti mesenteriche* prossime alla regione ileo-cecale possono dare sintomi analoghi a quelli dell'appendicite.

I *corpi estranei* nel lume appendicolare possono dare sofferenze analoghe a quelle dell'appendicite cronica. L'esame radiologico svelerà lo stato delle cose.

Le affezioni del *midollo spinale* e dei *nervi spinali*, come quelle dipendenti da artriti in-

tervertebrali e da ascesso dello psoas, possono provocare dolori nella fossa iliaca destra, ma l'esame della colonna vertebrale elimina ogni possibilità di errore.

Il *cancro* in prossimità dell'unione dell'ileo con il cieco provoca dolori colici nel basso ventre e nella fossa iliaca destra, ma l'età del paziente all'inizio delle sofferenze, la natura del dolore, e l'esame radiologico metteranno a punto la diagnosi. Persistendo il dubbio si praticherà l'operazione esplorativa.

Anche l'*ernia inguinale destra* al suo inizio può dare dolore sul quadrante inferiore destro dell'addome, che può essere confuso con quello dell'appendicite cronica. Dr.

La linfogranulomatosi dello stomaco.

(L. Solero. *Pathologica*, 15 marzo 1934).

La localizzazione allo stomaco del linfogranuloma maligno è estremamente rara. Si contano nella letteratura sino ad oggi, insieme a quello descritto dall'autore, 38 casi nei quali sia come localizzazione isolata dell'apparato digerente, sia unitamente all'intestino, come molto più frequentemente avviene, lo stomaco si trovava con vari aspetti essere sede di un processo linfogranulomatoso.

Non sembra che un sesso sia particolarmente preferito dal linfogranuloma gastrico. Ne sono poi colpiti, tanto i giovani quanto i vecchi. Sugli aspetti delle lesioni granulomatose dello stomaco si possano dividere i veri periodi evolutivi del processo morboso:

Prestadio: dell'infiltrazione aspecifica (forma teorica, mai osservata).

Primo stadio: rappresentato da formazioni nodulari o tumorali di volume variabile, da un chicco di granoturco ad una mela. Tali formazioni si localizzano preferibilmente nella sottomucosa, sollevano la mucosa, spesso infiltrandola e comprimono la tonaca muscolare talora anche infiltrandola e dissociandone i fasci. Oltre la forma localizzata abbiamo una infiltrazione diffusa a tutto il viscere, paragonabile come aspetto alla linite carcinomatosa.

Secondo stadio: segue la fase necrotica ulcerativa, l'ulcera è più o meno profonda e ampia rotondeggiante, a margini rilevati, ispessiti e infiltrati, talora con un detrito biancastro e necrotico nel fondo e sui bordi.

L'ulcera può assomigliare molto da vicino all'ulcera peptica, onde la diagnosi è difficilissima. Nello stomaco la tendenza alla sclerosi, come si nota nella localizzazione del linfogranuloma negli altri organi, è molto meno marcata, ciò non di meno la perforazione è eccezionale, e mai è stata vista una peritonite purulenta diffusa.

Il terzo e ultimo stadio è quello della sclerosi o cicatrice, ciò è rarissimo ad osservarsi perchè abitualmente la morte interviene prima che abbia il tempo di istituirsi. La cicatrice non ha forma caratteristica, tuttavia ha la tendenza ad assumere un aspetto stellare.

Istologicamente la cellula gigante così variabile nei suoi aspetti, è caratteristica della lesione, ma non patognomonica. La diagnosi praticamente è ancora riservata all'istologo.

La localizzazione esclusiva allo stomaco è assolutamente eccezionale, quasi sempre è la localizzazione di una linfogranulomatosi diffusa. Quando è colpito lo stomaco è di solito colpito anche l'intestino.

Le complicanze sono: la perforazione e la gastrorragia che è così imponente da causare la morte. Essa si forma per erosione da parte del granuloma di qualche vaso, come nell'ulcera peptica. Sintomatologicamente si può essere ora orientati verso la neoplasia, ora verso l'ulcera peptica o l'ulcera cancro.

Perchè si localizza così raramente allo stomaco? È verosimile attribuire la rarità della localizzazione gastrica al fatto che in questo viscere il sistema reticolo istiocitario è scarsamente sviluppato. N. Di Paola.

MISCELLANEA.

Le cause dell'ipertensione.

(C. P. Donnison. *British Medical Journal*, 21 aprile 1934).

Le teorie etiologiche dell'ipertensione possono comprendersi in due gruppi: teoria tossica e teoria degli sforzi mentali. Per la prima l'aumento della pressione vasale sarebbe dovuta all'azione di sostanze tossiche provenienti da infezioni focali o di origine alimentare; per la seconda sarebbe dovuta a fatti vasomotorî determinati da sforzi mentali.

Per rendersi conto del valore di ciascuna di queste teorie conviene considerare la distribuzione geografica e razziale della malattia. L'ipertensione non è egualmente frequente nei varî popoli e nelle varie regioni. È molto più comune in Europa e nel Nord America. In Egitto è comune nelle classi sociali superiori, rara negli strati inferiori della popolazione. È poco diffusa in Cina e negli altri popoli dell'Oriente, negli abitanti delle Filippine e del Sud Africa, popoli tutti dove la media della tensione vasale è generalmente sempre più bassa di quella degli Europei. D'altra parte questi fatti non sembrano un attributo di razza, ma solo inerenti allo stato di civilizzazione, alle abitudini sociali, ai costumi dei varî popoli. Gli individui di questi popoli trasportati nel vortice della civiltà occidentale, finiscono per adeguare la loro tensione vasale a quella degli abitanti dei luoghi nei quali emigrano.

Cannon ha dimostrato che negli animali sottoposti ad uno stimolo emotivo si verifica un aumento della pressione vasale, che ha lo scopo di mettere l'organismo in efficienza per la lotta che eventualmente deve sostenere. Le

reazioni fisiologiche che si hanno in seguito a tali stimoli emotivi dipendono da un'eccitazione del simpatico e dal versamento in circolo di adrenalina, e si estrinsecano con vasocostrizione generale, ipertensione, iperglicemia, aumento degli elementi morfologici nel sangue, inibizione motoria della secrezione delle glandole del tratto intestinale.

La reazione di Cannon risulta differente nell'uomo civilizzato ed in quello ancora allo stato selvaggio, in quanto nel primo spesso non è seguìta dall'attività muscolare inerente alla lotta. Pertanto nel primo mancherebbe questa valvola di sicurezza, e la reazione si esaurirebbe o meglio si concentrerebbe in altri fatti e prevalentemente nel meccanismo vasomotorio.

Sembra assodato che le lesioni strutturali iniziali dell'iperpiesia abbiano sede nelle arteriole con ipertrofia delle tunica musculare e qualche volta anche dell'intima e con successive alterazioni degenerative. Queste lesioni, secondo gli studî di Turnbull, sarebbero la conseguenza e non la causa dell'ipertensione.

Al riguardo è a rilevare innanzi tutto che è proprio attraverso l'azione sulle arteriole che il sistema simpatico esercita la sua principale influenza sul sistema vasale.

La reazione di Cannon importa appunto una eccitazione del simpatico, la quale deve ritenersi la causa diretta dell'aumento della pressione indotta dagli stimoli emotivi. Gli studî più recenti avrebbero dimostrato che quest'azione ipertensiva non sarebbe dovuta al concomitante versamento di adrenalina nel sangue, e che avrebbe lo stesso significato dell'iperglicemia: rendere l'individuo più energico, più aggressivo.

Il fattore essenziale nella patogenesi dell'iperpiesia è la vasocostrizione: la riduzione del lume di un tubo chiuso provoca l'aumento della pressione nel liquido in esso contenuto.

Si tratta ora di vedere quali stimoli provochino le crisi di ipertensione e come questa diventi una condizione permanente.

I fatti sopra accennati farebbero ritenere che la causa dell'iperpiesia è essenzialmente psicologica.

L'analisi dei fattori necessari perchè si stabilisca la reazione di Cannon dimostra che essa importa tre movimenti psichici: 1) cognizione o percezione a mezzo di uno o più apparati sensori del fatto sopravvenuto; 2) affezione; 3) sforzo per influenzare il fattore stimolante per correggerlo allo scopo di renderlo benefico all'individuo.

Il processo di cognizione è influenzato da due elementi: lo stato dell'apparato percettivo e fattori ambientali. Questi elementi sono variabili perchè si riferiscono da una parte alla facoltà assorbente del sistema nervoso che può essere anormale per difetto o eccesso, e dall'altra alle condizioni ambientali. È ovvio come queste ultime siano per l'uomo civilizzato una ricca sorgente di stimoli.

Il processo di affezione implica l'associazione dei fattori percepiti con la trascorsa esperienza, associazione la quale fa riconoscere che una data combinazione di sensazioni è potenzialmente pericolosa. Questa associazione può essere cosciente, come quando essa rivela un pericolo noto, ma può essere anche incosciente, come quando il ricordo dell'esperienza spiacevole è stata repressa nell'inconscio, ed allora l'associazione suscita solo l'emozione legata all'esperienza stessa. Questo meccanismo è schiettamente specifico delle psiconeurosi e specialmente degli stati ansiosi.

Lo stadio di conazione è schiettamente fisiologico e si manifesta con una caratteristica risposta alla condizione creata dall'appropriata cognizione ed affezione. Questo riflesso ha lo scopo di preparare lo sforzo fisico che in condizioni primitive è necessario per influenzare i fattori ambientali a favore dell'individuo. Esso segue tutte le leggi che governano gli altri riflessi. Conseguentemente quando un impulso è passato una volta attraverso una certa serie di neuroni escludendone altri, tenderà, a parità delle altre condizioni, a prendere sempre la stessa via e incontrerà sempre minori resistenze ogni qualvolta rifà la stessa via. Spesso le ripetizioni degli stimoli producono un abbassamento della soglia per la reazione e quindi un aumento della risposta. Ciò spiega la variabilità dell'ipertensione così frequente nei primi stadii dell'iperpiesia, che ordinariamente si manifesta con reazioni eccessive agli stimoli emotivi.

Non è dubbio che perchè si stabilisca l'iperpiesia deve esistere una speciale predisposizione consistente in una instabilità o maggiore eccitabilità dell'apparato vasomotore.

Questi dati teoretici spiegano come l'iperpiesia sia più comune tra i lavoratori del pensiero e coloro che attendono ad occupazioni implicanti responsabilità.

Sono anche interessanti i rapporti tra psiconeurosi e primi stadî dell'iperpiesia. È stato rilevato come questa sia più frequente negli individui con temperamento neurotico o con debolezza dell'apparato vasomotore. Aymann e Pratt insistono sul fatto che i primi sintomi dell'iperpiesia sono di origine psichica o che negli antecedenti si trovano frequenti traumi emotivi. Davis, Riseman e Weiss hanno constatato fatti analoghi. Barton Hall ha trovato che nella neurastenia e nella psicastenia si ha ipotensione, mentre nella neurosi d'angoscia e a seguito di sforzi mentali si ha ipertensione la quale si abbassa con il miglioramento dello stato nervoso

Aymann e Backer hanno notato la grande variabilità della pressione vasale nei primi stadî dell'iperpiesia, e attribuiscono questa ad un'eccessiva reazione del sistema vegetativo a stimoli leggeri.

In conclusione lo stabilirsi dell'iperpiesia sarebbe la conseguenza: 1) di stimoli mentali

emotivi ripetuti; 2) della comparsa di una caratteristica reazione a detti stimoli che a mezzo dell'eccitazione del simpatico provocano una contrazione delle arteriole; 3) di una maggiore accentuazione di questa reazione negli uomini civilizzati a causa della scomparsa in questo complesso reattivo dei fenomeni motori.

Gli stimoli o lo sforzo mentale sono apportati dal genere di vita del soggetto occupato in mansioni di responsabilità o dal suo stato psiconeurotico.

La instabilità vasomotoria che favorisce lo sviluppo del processo può essere una condizione costituzionale, ma può essere, e forse lo è nella maggioranza dei casi, una conseguenza degli stessi fattori che eccitano il simpatico.

DR.

La clinica delle infiammazioni labirintiche.

(E. RUTTIN. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 9 febbraio 1934).

I reperti istopatologici delle labirintiti sono molteplici, ma dal punto di vista clinico si possono distinguere pochi grandi gruppi di tali lesioni: 1. Labirintite circoscritta; 2. Labirintite sierosa diffusa secondaria; 3. Labirintite sierosa diffusa indotta; 4. Labirintite purulenta diffusa manifesta; 5. Labirintite purulenta diffusa latente.

La labirintite circoscritta è caratterizzata da un piccolo focolaio infiammatorio che non si può clinicamente, e talvolta neppure istologicamente determinare se sieroso, sierofibrinoso o purulento. Si sviluppa sempre dalla parete del labirinto o dalla rocca petrosa. Il periostio si può trovare infiltrato, sollevato o spezzato; ed in corrispondenza si può riscontrare un essudato siero-fibrinoso, più o meno ricco di cellule di pus, o tessuto di granulazione, o tessuto cicatriziale già organizzato con vasi neoformati. In genere lo spazio endolinfatico nelle labirintiti circoscritte pure non è alterato.

Viceversa una labirintite diffusa si può già clinicamente riconoscere se è sierosa, sierofibrinosa o purulenta e se essa è dovuta alla diffusione di un processo infettivo vicino o se si tratta di una semplice reazione infiammatoria o di un'otite molto tossica. In questo ultimo caso si parla di labirintite sierosa diffusa indotta, analoga alla pleurite indotta che si verifica in vicinanza di un ascesso subfrenico.

La labirintite sierosa è di regola un'affezione acuta che può passare nella forma purulenta o guarire.

La labirintite purulenta può essere acuta o cronica, ma suole chiamarsi rispettivamente manifesta o latente, in relazione al fatto che nelle forme acute i sintomi sono molto imponenti e tumultuosi, mentre nella forma cronica la sintomatologia non è gran che appariscente. Dal punto di vista anatomico nelle prime si rileva che il labirinto è pieno di pus e le parti molli sono più o meno alterate, mentre nella seconda oltre al pus si trova tessuto di granulazione ed eventualmente cicatriziale, nonchè iperostosi.

La fenomenologia clinica dei varî tipi di labirintite è la seguente:

1. *Labirintite circoscritta.* L'anamnesi mette in rilievo accessi di vertigine della durata di qualche minuto ed anche di ore. Molto caratteristici sono i sintomi chiamati dell'« allacciamento delle scarpe » e dell'« estrazione di denti » perchè gli accessi si verificano quando il paziente inclina la testa in avanti o la riversa indietro.

Durante l'accesso è presente nistagmo dal lato della lesione o dal lato opposto, o anche da ambo i lati.

L'udito è conservato, più o meno diminuito, la reazione calorica e rotatoria si svolge regolarmente, il segno della fistola è positivo. Veramente si può avere una labirintite circoscritta senza fistola, ma nella maggioranza dei casi essa è una conseguenza di una fistola del labirinto, perchè l'infiammazione procede dalla cavità del timpano formando sul labirinto dapprima un'eruzione e poi un'ulcerazione. Le due affezioni che più comunemente provocano questo processo, sono il colesteatoma e l'otite tubercolare, le quali a lungo andare provocano un'erosione dell'osso ed un'infiammazione circoscritta.

2. *Labirintite sierosa diffusa secondaria.* Può essere una conseguenza della labirintite circoscritta, e quindi clinicamente la malattia si può iniziare con i sintomi sopra accennati.

Ma quando l'affezione si è diffusa si hanno sintomi vestibolari molto gravi: vertigini violente, disturbi dell'equilibrio, vomiti, nistagmo di secondo e terzo grado dal lato opposto alla lesione. L'udito è molto disturbato, eventualmente perduto, la reazione calorica è debole o negativa, la reazione rotatoria per lo più non si può saggiare a causa dello stato generale del paziente, il sintoma della fistola è positivo.

3. *Labirintite sierosa diffusa indotta.* In queste forme generalmente l'anamnesi è negativa perchè si tratta di un'improvvisa infiammazione diffusa o edema del labirinto. I sintomi vestibolari sono molto violenti: vertigini, disturbi dell'equilibrio, eventualmente vomiti, nistagmo di secondo e terzo grado verso il lato opposto. L'udito è molto ridotto o abolito, la reazione calorica debole o negativa, la prova rotatoria per lo più non saggiabile, il sintoma della fistola negativo.

4. *Labirintite purulenta diffusa manifesta.* Può essere una successione di una labirintite circoscritta o sierosa diffusa oppure manifestarsi in un orecchio precedentemente sano; in conseguenza nell'anamnesi possono figurare o non precedenti labirintici. I sintomi vestibolari sono gravissimi, il nistagmo è di ter-

zo grado dal lato opposto, la sordità è completa, la reazione calorica è abolita, la prova rotatoria non è saggiabile, il sintoma della fistola è negativo.

5. *Labirintite purulenta diffusa latente.* Questa affezione può decorrere insidiosamente e manifestarsi tardivamente con vertigini, nausee, vomiti, disturbi dell'equilibrio. Tali disturbi sono spesso ritenuti di origine gastrica. Solo la comparsa della sordità ed un esame funzionale accurato del labirinto (reazioni calorica, rotatoria e della fistola negative) mette in evidenza la sede della lesione.

I progressi della diagnostica e della terapia sono stati a questo riguardo molto pronunziati in questi ultimi tempi. Si è imparato a riconoscere e giustamente apprezzare le suppurazioni labirintiche ed i pericoli che esse importano. La statistica ha dimostrato che numerosi casi di meningite sono inizialmente dovuti a suppurazione labirintica.

L'esperienza ha dimostrato che l'operazione radicale può essere sempre praticata senza rischio quando è presente almeno una delle funzioni labirintiche (udito, reazione calorica, reazione rotatoria, sintoma della fistola) e che l'operazione sul labirinto deve essere praticata quando tutte dette funzioni sono perdute.

La perdita della funzione è il semaforo che indica l'estensione del processo ed il pericolo della sua diffusione alle meningi.

In ogni caso è meglio aggredire il nemico quando esso si trova sulla porta e non aspettare che egli si sia installato nell'interno. È meglio aprire e drenare il labirinto prima che la meningite si sia prodotta. Talvolta ogni indugio è pericoloso: vi sono casi nei quali i sintomi meningei si manifestano poche ore dopo la comparsa dei sintomi labirintici.

DR.

Il trisma.

(L. LEBOURG. *Paris Médical*, 10 marzo 1934).

Il trisma (da τριζω = digrigno) è costituito da una contrattura dei muscoli elevatori del mascellare inferiore.

Si tratta di un sintoma molto importante che consente di localizzare processi infiammatori perimascellari, che annunzia talvolta infezioni cerebrali o meningee, che spesso costituisce la prima manifestazione del tetano.

A produrre il fenomeno concorrono tre muscoli potenti: il temporale in alto, il massetere in fuori, lo pterigoideo interno nell'interno. Questi muscoli sono innervati dalla branca motoria del trigemino, la quale nasce da due nuclei centrali, l'uno protuberenziale, l'altro mesencefalico.

Per la loro sede e le loro inserzioni sono a contatto con una gran parte della branca montante del mascellare inferiore di quasi tutta la fossa temporale, del malare e dell'arcata zigomatica, dell'apofisi pterigoidea e della porzione adiacente del mascellare superiore. Tutte le lesioni traumatiche, infiammatorie o neoplastiche di queste parti ossee possono determinare il trisma.

Il temporale ed il massetere sono separati dalla cute da un'aponevrosi e da un sottile strato cellulo-adiposo. Le infiammazioni della pelle a evoluzione profonda possono quindi dare risentimenti su questi muscoli.

In dietro il massetere e lo pterigoideo interno sono in rapporto con la loggia parotidea. In avanti, insieme alle fibre inferiori del temporale, sono in contatto con la mucosa boccale e con il tessuto cellulare della guancia. Pertanto tutte le lesioni di queste regioni possono dare trisma.

Profondamente il temporale è separato dall'orbita da una sottile parete ossea e lo pterigoideo interno ha rapporti complessi con la fossa pterigoidea, con la faringe, con il palato e la tonsilla, con il pavimento della bocca. Lo pterigoideo limita due spazi cellulari, l'uno all'infuori, nel quale scorrono le raccolte purulente provenienti dalla branca montante, l'altro all'interno, nel quale scorrono le raccolte provenienti dalle tonsille e dalla faringe.

Tutte le irritazioni dei nervi masticatori alla loro origine o lungo il loro percorso provocano il trisma. Ma la contrattura si può stabilire anche per via riflessa: in tal caso il punto di eccitazione è generalmente costituito da un'infiammazione locale, che stimola direttamente i muscoli, ovvero indirettamente seguendo le norme di un vero riflesso per modo che vi partecipano due nervi, uno sensitivo e l'altro motore. Infine vi è una terza varietà di contrattura riflessa di meccanismo più oscuro. Si tratta per lo più di trismi traumatici, nei quali la contrattura per intensità e durata è sproporzionata alla causa.

Il sintoma comune a tutti i trismi è l'impossibilità di muovere la mandibola. Tuttavia esso assume caratteri clinici diversi a seconda delle affezioni nelle quali si presenta.

Il trisma che si riscontra nell'osteite mandibolare legata ad una monoartrite apicale suppurata del dente del giudizio compare bruscamente, è intenso, molto stretto, continuo. Esso fa parte di un insieme sintomatico caratteristico: tumefazione e dolore alla pressione dell'osso, che è sede anche di dolori spontanei, continui, lancinanti, profondi, osteocopi, che impediscono il sonno; i segni generali sono costituiti dalla febbre e dall'anoressia assoluta. Data la immobilità del mascellare non è dato riscontrare la lesione dentaria, che può essere messa in evidenza dalle radiografie.

Nel tetano il trisma si stabilisce progressivamente, senza causa locale apparente; è intermittente, parossistico, intenso, dolorosissimo; è accompagnato da febbre; i sintomi generali sono quelli del tetano.

Tali sono i due tipi caratteristici di trisma, ma questo oltre che nelle due affezioni accen-

nate può riscontrarsi in una gran quantità di condizioni morbose.

Al riguardo va innanzi tutto notato che non tutte le immobilità della mandibola sono trismi. Tale immobilità può essere data da fatti che non hanno nulla a che fare con la contrattura muscolare: processi di cicatrizzazione o di sclerosi dei muscoli masticatori, frattura della branca montante del mascellare, lussazione temporo-mascellare, atrofia dei muscoli abbassatori della mandibola.

Il trisma vero può essere determinato da traumi e infiammazioni locali, può far parte di un insieme sintomatico di contrattura, può comparire isolatamente senza cause apparenti ed allora si deve pensare al tetano.

1) Il trisma di origine traumatica può comparire come sintoma essenziale o costituire una complicazione o una successione. Può verificarsi: *a*) nelle ferite dei muscoli masticatori; *b*) nell'ematoma del massetere; *c*) nelle fratture dell'arcata zigomatica, del malare, del mascellare inferiore specie a livello della branca montante e dell'angolo; *d*) nei corpi estranei dei muscoli masticatori.

2) Il trisma può verificarsi nelle seguenti affezioni infettive acute e croniche tossiche, nonchè neoplastiche: *a*) complicazioni osteo-articolari di infezioni dentarie (osteoflemmone, osteite iuxtatonsillare, osteite necrosante; *b*) osteite necrosanti mercuriali; *c*) osteomilite ematogena del mascellare; *d*) miosite acuta suppurata; *e*) lesioni gengivali durante lo sviluppo del dente del giudizio; *f*) stomatiti, sopratutto mercuriali e bismutiche; *g*) ascessi buccinato-mascellare, latero-faringeo; flemmone sotto-angolo-mascellare e peritonsillare; *h*) dermatiti della regione massaterina e temporale; *i*) artrite temporo-mascellare; *l*) parotiti; *m*) adenite retro-angolo-mascellare; *n*) flemmone diffuso cefalico e flemmone ligneo di Reclus; *o*) actinomicosi cervico-facciale; *h*) sifilide dei muscoli masticatori; *q*) epitelioma e sarcoma del mascellare inferiore, sarcoma dell'orbita; *r*) epiteliomi boccali.

3) Il trisma può costituire uno dei sintomi di affezioni nervose che si estrinsecano con contratture anche di altri gruppi muscolari: *a*) meningiti acute; *b*) encefalite epidemica; *c*) parkinsonismo acuto e morbo di Parkinson; *d*) corea; *e*) eclampsia; *f*) epilessia; *g*) avvelenamento da stricnina; *h*) tetano.

Oltre a ciò vi sono forme di trisma atipiche, prolungate, senza apparenti cause locali e generali che sono state considerate di origine psichica, ed associate alle ipermiotonie post-traumatiche, al pititiatismo, alla sinistrosi.

Un segno per differenziare questi pseudotrismi psichici dal trisma vero è stato indicato da Roy; la pressione dolce a mezzo di un abbassalingua sulla base della lingua provoca la scomparsa temporanea anche definitiva della costrizione.

Il trisma comporta un impedimento ed anche l'impossibilità completa dell'alimentazione. È nota la fame atroce dei tetanici.

L'igiene boccale è resa difficile, si cura quindi uno stato settico che può andare fino alla cachessia boccale; la lingua si copre di un denso strato saburrale, la gengivite è frequente, le carie si aggravano.

Nel tetano la violenza delle contratture parossitiche può esser tale da produrre lesioni traumatiche gravi dei denti.

Infine al trisma può seguire la costrizione permanente a causa delle alterazioni indotte nei muscoli dalla contrazione prolungata o dalle lesioni stesse che produssero il trisma.

Il trattamento deve essere etiologico.

Tuttavia talvolta si deve iniziare, anche per le necessità della cura etiologica, un trattamento sintomatico, come quando si tratta di lesioni boccali che non si possono aggredire a causa dell'impossibilità di aprire la rima orale.

Nel trisma di media intensità la dilatazione progressiva e dolce permette di solito di ottenere un'apertura sufficiente per praticare ad es. un'avulsione.

Nei trismi gravi si possono ottenere buoni effetti dalle applicazioni calde e sopratutto dalla diatermia, dalla radioterapia, dall'anestesia dei nervi masticatori (iniezione di due cmc. di soluzione di novocaina al 2 % nello spazio interpterigoideo sotto l'arcata zigomatica).

Nei casi gravissimi bisogna ricorrere all'anestesia generale (iniezione endovenosa di bromuro di sodio con una debole inalazione di etere o cloroformio).

La cura del trisma postraumatica si pratica con la dilatazione metodica ottenuta con apparecchi di mobilizzazione permanente.

Nel tetano si possono avere buoni risultati, oltre che dalla cura generale serologica antitetanica, iniettando direttamente nello spazio interpterigoideo qualche cmc. di siero antitetanico. DR.

Procedimento terapeutico standardizzato nella sifilide precoce.

(J. H. STOKES, H. N. COLE, J. E. MOORE, P. A. O'LEARY, U. J. WILE, T. PARRAU, R. A. VONDERLEHR, L. USILTON. (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 21 aprile 1934).

Gli AA. riferiscono su questo argomento dopo una vastissima inchiesta fatta negli Stati Uniti per consiglio del Servizio d'Igiene della Lega delle Nazioni.

Essa fu fatta su un materiale che comprende 75.000 casi di sifilide, di cui 3244 forme precoci seguite per 6 mesi e più di 383 seguite per 5 anni e più.

Sebbene la terapia moderna tenda all'individualizzazione, abbandonando ogni procedimento « routinier », per quanto riguarda la sifilide precoce, è bene standardizzare la cura, perchè questa più facilmente possa essere radicale.

Una cura standardizzata deve necessariamente essere basata su questi principî:

1) L'infettività della sifilide è funzione di tre fattori: tempo, arsfenamina e predisposizione individuale alle recidive.

2) L'infettività non è funzione dello stato sierologico del paziente.

3) La sifilide, curata o non curata, è più infettante quanto più è giovane; dopo 5 anni è raramente infettante; la forma congenita non è infettante.

4) Quindi necessità di permettere il matrimonio solo dopo molto tempo che è stata contratta la malattia.

5) L'infettività si può controllare e la sifilide si può estinguere curando la persona infetta.

6) Il medico ha quindi una responsabilità nei riguardi della pubblica salute quando cura i casi precoci di sifilide e per i primi cenni di malattia.

7) La cura per il controllo dell'infettività è quella coi preparati arsenicali.

8) Questa cura deve essere fatta precocemente.

9) Dev'essere anche continua, per almeno 18 mesi. I periodi di riposo facilitano le recidive.

10) Non sono efficaci i preparati arsenicali diversi dall'arsfenamide.

11) La ricerca delle lesioni infettanti è inutile.

12) Non sono utili neppure l'istruzione nè la cooperazione del paziente.

13) Le iniezioni di arsfenamina non devono essere inferiori a 20.

14) A questa cura si deve aggiungere un metallo pesante.

15) L'infettività dello sperma e della secrezione vaginale, anche in assenza di lesioni in atto, consiglia una protezione meccanica nel coito, perchè l'astensione è raramente praticata.

16) L'ispezione, l'istruzione, il controllo e la protezione sono più necessari nei periodi di riposo che in quelli di cura.

17) Non c'è nessuna regola per le ricadute delle manifestazioni luetiche.

18) L'infettività può riapparire anche durante o subito dopo la cura.

19) Sono cause predisponenti alle lesioni infettanti l'alcool, la sporcizia, la cattiva igiene in genere, le sostanze irritanti (compreso il tabacco), il sudore, la confricazione (coito).

20) La causa più importante di recidive è la cura breve arsfenaminica, non seguita da altra cura.

2) Il trattamento profilattico (dopo esposizione al contagio) dev'essere completo.

22) L'esame adeguato dei malati protegge medici, dentisti, infermiere, e riceventi di sangue dai rischi di un'infezione accidentale.

23) La donna non gravida, non luetica, deve essere protetta meccanicamente e colla cura del suo compagno.

24) Il concepimento non deve essere permesso che sotto controllo medico.

25) Il figlio di luetici deve essere protetto colla cura della madre prima e durante la gravidanza e del padre prima del concepimento.

Si può ritenere guarito chi è stato seguito per almeno due anni e per un anno consecutivo non ha avuto segni di sifilide, ha avuto il sangue costantemente negativo, ha esame del liquor negativo oppure ha avuto una reinfezione.

Complessivamente si notarono guarigioni cliniche in proporzione del 71,4 %; questa proporzione sale all'86,4 % se si è fatta la cura continuata. Queste cifre sono notevolmente inferiori (dal 53,3 % al 70 %) se si inizia la cura invece che nel periodo sieronegativo solo quando la sierodiagnosi è diventata positiva.

Nei malati in cui la cura fu iniziata nel periodo sieronegativo si ha successivamente sierodiagnosi positiva nel 3,8 % dei casi.

La cura deve essere fatta tanto con arsenicali che con sali di metalli pesanti, o contemporaneamente o alternativamente. La cura arsenicale è la più efficace per evitare le ricadute; queste sono notevolmente ridotte in chi ha avuto una ventina di iniezioni arsenicali.

La cura dev'essere continua per 18 mesi; i periodi così detti di riposo sono pericolosi. La cura continua assicura il ritorno alla reazione normale del siero di sangue nell'81,8 % dei casi, mentre la cura intermittente l'assicura solo nel 37,3 %.

Bisogna ricordare che la negatività della Wassermann non è un criterio sufficiente per sospendere la cura; questa deve essere continuata anche a Wassermann diventata negativa.

Le neurorecidive sono più frequenti con cura arsenicale insufficiente.

La cura arsenicale primitiva usata da sola è più efficace sulla Wassermann, mentre il neosalvarsan è meno efficace, ma non inefficace. L'unione arsenico-bismuto è più efficace dell'unione arsenico-mercurio per quanto riguarda i risultati generali, mentre l'inverso si ha per quel che riguarda la sola reazione del sangue.

La cura arsenicale deve quindi comprendere da 20 a 30 iniezioni. Ogni serie arsenicale deve essere seguita da cura con metalli pesanti.

Ogni cura dev'essere preceduta da esame delle urine. Se c'è un'alterazione epatica è bene prima usare il bismuto.

Per prevenire le reazioni alla cura è bene interrogare il malato su idiosincrasie, tendenze allergiche, malattie cutanee, sulle alterazioni dell'apparato digerente. Inoltre la prima dose di ogni cura dovrà essere della metà della dose normale. Bisogna anche assicurarsi nelle iniezioni endovenose di essere bene nella vena e

in quelle endomuscolari di non essere in un vaso sanguigno.

Le iniezioni arsenicali devono essere lente. Durante la cura si farà un'alimentazione scarsa di carboidrati e alcool e ricca di proteine e grassi.

È consigliabile un purgante il giorno seguente l'iniezione arsenicale. Si deve anche esaminare le urine due volte alla settimana e dare calcio in abbondanza.

Il medico deve seguire nella cura del luetico una tecnica adeguata e sorvegliare l'ammalato nei riguardi dell'infettività, essendone egli responsabile specialmente per quanto riguarda la trasmissione della malattia. Per questo egli dovrà scrupolosamente consigliare al malato come dovrà comportarsi se vuole contrarre matrimonio. Sarà bene seguire poi il luetico per tutta la vita anche se non presenta apparentemente alterazioni. R. LUSENA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Lehrbuch der innere Medizin. II edizione. Due vol. in-8°, di complessive pag. 1708, con 290 fig. J. Springer, Berlin, 1934. Prezzo RM. 45, rileg. 49,80.

A soli tre anni dalla prima, si pubblica ora questa seconda edizione ampliata e completata. Eccellente l'introduzione in cui Siebeck tratta la posizione rispettiva del malato e del medico, i consigli sull'anamnesi, l'esame, la diagnosi, la prognosi. I concetti generali sulle malattie infettive sono esposti da Doerr e la patologia e terapia da Staehelin. Seguono: le malattie del circolo e del mediastino (Morawitz). degli organi respiratori (Thannauser) degli organi digerenti (Stepp), la patologia generale e speciale del diaframma (Eppinger), le malattie del fegato e delle vie biliari (v. Bergmann e Stroebe) e quelle del pancreas (Katsch).

Nel secondo volume troviamo: malattie del ricambio acqueo e salino, dei reni e vie urinarie (Straub), del ricambio alimentare (Lichtwitz) delle ghiandole endocrine (H. Eppinger), del sangue ed organi emopoietici (A. Schittenhelm) dei muscoli, ossa, articolazioni (Thannhauser) quelle nervose organiche (Hiller), le neurosi (Siebeck), le intossicazioni (Morawitz), le malattie da cause fisiche (Katsch). le lesioni da raggi radioattivi (Schittenhelm) ed infine la terapia generale (Lichtwitz).

Ogni argomento è trattato a fondo e preceduto da nozioni e concetti generali sull'apparecchio o la funzione studiata, che sono di grande interesse e di notevole utilità per aggiornare le proprie conoscenze in materia e per comprendere la relativa patologia. Segnaliamo a tale riguardo la fisiologia e patologia della respirazione, la fisiologia e patologia funzionale del fegato, quelle sul ricambio acqueo e salino, lo studio morfologico del sangue, ecc. *fil.*

L'année médicale pratique, XIII anno, pubblicato sotto la direzione di C. LIAN, con prefazione di E. SERGENT. Un vol. in-16°, di 662 pag., con 6 fig., R. Lépine, Paris, 1934, Prezzo, fr. 26.

Con la consueta ricchezza di dati, ci si presenta il XIII volume di questo Annuario del medico pratico, che riassume in compendiose riviste tutto quanto si è pubblicato nel 1933 nel campo della medicina pratica, ivi compresa la chirurgia, l'ostetricia, le specialità. Pubblicazione utilissima per il medico pratico, senza ingombro di teorie, ma con nozioni che vanno dirette allo scopo della diagnosi e della terapia.

Il volume si completa con vari annessi, riguardanti le disposizioni di legge interessanti la professione medica (ricordiamo fra queste l'elenco delle infermità eliminatorie per gli autisti, molto più particolareggiate che le nostre), gli strumenti nuovi, le nuove specialità, ecc.

Un vasto indice comprendente gli ultimi 5 anni completa l'utile opera. *fil.*

A. RAVINA. *L'année thérapeutique.* Un volume in-16°, di 192 pag. Masson et C.ie, Paris, 1934. Prezzo 18 fr.

Come tutti gli anni a quest'epoca e già da 8 anni, viene ora pubblicato questo buon riassunto di tutte le nuove acquisizioni terapeutiche che hanno veduta la luce nel 1933, sia in Francia che altrove.

Troviamo esposti: 1) malattie e sintomi (57 trattamenti nuovi); 2) tecnica ed apparecchi (15 soggetti); 3) medicazioni nuove

Scopo della pubblicazione è quello di far conoscere al pratico delle tecniche nuove di applicazione immediata e facile e, d'altra parte, di indicare i nuovi orientamenti di certi metodi terapeutici.

Fra i trattamenti preconizzati dagli italiani, troviamo quello della narcolessia essenziale, per cui Rolandi Ricci ha trovato utile l'efedrina. *fil.*

G. DI GUGLIELMO. *La cura specifica della brucellosi.* Un vol. in-8°, di pag. 162, con grafiche e tavole. Catania, Vincenzo Muglia editore, 1933. Prezzo L. 15.

L'antigenoterapia delle brucellosi è variamente giudicata; il Di Guglielmo ha elaborato, al riguardo, una tecnica molto efficace: egli si vale della via endovenosa e, con successo mai smentito, ha applicato il metodo in una cinquantina di casi.

In questo volume raccoglie le osservazioni eseguite da lui e dai suoi collaboratori e allievi e comunicate alla Società Medico-Chirurgica di Catania.

Oltre che alla cura, esse si riferiscono alla

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

patologia (velocità di sedimentazione delle emazie, rapporti con la cirrosi epatica), alla casistica (forma meningo-encefalitica, broncopolmonare, emorragica, spondilitica), alla diagnosi (agglutinazione dei ceppi, intradermoreazione, che fornisce, crediamo, un'ottima guida anche per valutare la sensibilità del vaccino), all'eziologia (forme da *melitensis*, da *abortus* e da *paramelitensis*), all'epidemiologia ed all'epizioziologia (rilievi eseguiti nel Comune di Modena). L'insieme rappresenta una mole di lavori di alto pregio. A. P.

L. MARANELLI. *Neozolfoterapia e sulforpiretoterapia*. Istituto Editoriale Cisalpino, Milano, 1934. Prezzo L. 20.

È la settima raccolta di lavori sul ricambio e sulle applicazioni terapiche dello zolfo, la cui importanza piretogena nella cura di varie malattie (artritismo, sindromi nervose paraluetiche, schizofrenie, asma, ecc.) si va sempre più affermando.

I singoli lavori sono condotti con molta scrupolosità e nel loro complesso danno una nozione completa di quanto si è assodato sull'argomento e sulle sue ulteriori possibilità pratiche. DR.

L. SZIDAT u. R. WIGAND. *Leitfaden der einheimischen Wurmkrankheiten des Meuschen*. Vol. in-8°, di p. 212, con 156 fig., 1934. George Thieme edit., Lipsia. Prezzo M. 15,50; rilegato M. 17,20.

Le elmintiasi assumono importanza crescente, così nella patologia nostrana come in quella esotica. Gli AA. ne fanno un'esposizione riassuntiva chiara, avendo precipuamente di mira gli scopi diagnostici e quelli terapeutici. Le copiose e belle illustrazioni sono quasi tutte originali. L. V.

M. VILLARET e F. MOUTIER. *Les cures thermales en gastro-entérologie*. Un vol. in-16°, di 140 pag. con 9 fig. Masson et C.ie, Paris, 1933. Prezzo 16 fr.

Il titolo di questo libro non risponde forse pienamente al suo contenuto, trattandovisi un argomento assai più ampio, cioè l'idro-climoterapia nelle malattie gastro-intestinali, terapia ad azione assai complessa.

Gli AA. vi considerano: le nozioni generali sulle prescrizioni e la organizzazione delle cure idropiniche in gastro-enterologia: i principali aspetti clinici delle malattie del tubo digerente che traggono vantaggio dalla crenoterapia; il meccanismo di azione della terapia idrominerale in tali malattie, con le indicazioni e controindicazioni e la tecnica della cura.

L'utilità del lavoro è evidente, poichè proprio le malattie gastro-intestinali sono fra quelle che maggiormente si giovano di tali cure. *fil.*

W. RUHMANN. *Die Tastmassage*. Fischers Medizinische Behandlung. Lipsia. Prezzo MK. 1,20.

In questo fascicolo sono esposte la tecnica del massaggio palpatorio, le sue applicazioni ed il suo modo di azione nel trattamento del reumatismo dei tessuti molli (cellulite, periartriti, perineuriti, miositi, reumatismo, ecc.). DR.

E. LIEK. *Der Arzt un seine Sendung*. IX edizione. Vol. in-8°, di 254 pagg. Lehmanns Verlag, München, 1934.

La missione del medico! Frase che può sembrare scherno a quei medici — citati dall'A. — che a Berlino, la sera, vendono le salsicce calde nei pressi delle stazioni, ma concetto indubbiamente giusto poichè, se non è nobilitata da un alto sentimento del dovere, la professione nostra può apparire un ripugnante mestiere da schiavo.

Le luci e le ombre dell'esercizio della medicina vengono vivacemente tratteggiate dall'A. che le ravviva di ricordi personali tratti dalla lunga e svariata pratica (l'A. è un noto chirurgo di Danzica). I primi dubbî, lo studente nelle cliniche, i primi contatti col pubblico, gli anni di assistentato, medici e malati, ecco i titoli di alcuni capitoli.

Larga è la trattazione dei rapporti del medico con le assicurazioni sociali, di cui la Germania sta facendo da molti anni l'amara esperienza, a proposito delle quali, l'A. cita l'aforisma di Bircher: « l'assicurazione contro l'infortunio uccide la volontà di lavorare, quella contro le malattie paralizza la volontà di guarire e quella contro la vecchiaia ostacola il senso di risparmio del popolo ».

Altri problemi trattati dall'A. sono quelli dei rapporti con l'igiene della razza, la tecnica e la scienza, l'attuale impulso scientifico, specialisti ed ospedali, il ciarlatanismo. Simpatico è l'atteggiamento dell'A. per il medico di campagna che « personifica anche oggi l'antico ideale della nostra classe e può mostrare che cosa sia realmente un uomo completo ».

Il favore con cui questo libro è stato accolto in Germania, tanto da raggiungere in 8 anni le 39.000 copie, si spiega perchè in esso ogni medico vi trova una parte della sua anima, dei suoi crucci e delle sue gioie. *fil.*

V. V. WEIZSÄCHER. *Aerztliche Fragen*. Un vol. in-16°, di 90 pag. G. Thieme, Leipzig, 1934. Prezzo RM. 1,80.

Il sottotitolo di questo libro è quello di «Lezioni sulla terapia generale ». Vi troviamo dapprima delle considerazioni sul concetto di terapia; seguono altri capitoli che trattano l'angoscia come sintomo e malattia, il sintoma e l'educazione, il contegno e l'esperienza del medico, l'io e l'ambiente nella malattia, le malattie sociali, l'intrecciarsi delle forme di

terapia, ecc. Come appare da questi titoli ed ancor più alla lettura del libro, si tratta di considerazioni d'indole più che altro speculativa sulla parte che la psiche prende nello stato di malattia e specialmente nelle manifestazioni e nelle conseguenze della malattia stessa. Interessanti, fra l'altro, le notizie sulla malattia e la morte di alcuni uomini politici moderni che danno all'A. occasione di esprimersi nel senso che nella crisi biografico-politica è inserita la malattia, non come un fenomeno collaterale, ma come una forza drammatica che porta la decisione. *fil.*

G. JACOMET. *Le secret médical.* Editore G. Doin e C. Parigi. Prezzo fr. 25.

Il problema delicato e tuttavia controverso del segreto professionale è considerato in questo libro in modo esauriente e brillante.

È ampiamente trattata la base giuridica del segreto medico, ed i suoi riferimenti pratici con il diritto penale, con le assicurazioni, con il diritto fiscale, con l'istituto del matrimonio, con l'igiene pubblica, con il servizio militare. ecc. DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accad. delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 28 aprile 1934.

Presiede il Prof. C. COLUCCI, vice presidente.

COLUCCI C. — *Iniezioni epidurali curative.*

Su di un caso di atresia ano-retto-sigmoidea.

SORGE E. — L'O., prendendo lo spunto da un caso di atresia completa dell'ano, del retto e di gran parte del colon pelvico, capitato alla sua osservazione durante il servizio di pronto soccorso ospedaliero, studia, sulla base dell'embriologia, il meccanismo patogenetico di tali malformazioni, ed espone tutte le teorie, spesso fra loro contrastanti, che esistono sull'argomento.

Descrive, quindi, il quadro anatomo-patologico riscontrato nel suo infermo e fa sopratutto rilevare alcune peculiarità non ancora descritte e che, in base alle teorie patogenetiche vigenti, appaiono fra di loro antitetiche.

Dopo aver esposte le ragioni chirurgiche che, dopo un infruttuoso tentativo per via perineale, lo indussero a procedere per via laparotomica e lo obbligarono a limitarsi alla creazione di un ano iliaco preternaturale, avanza una ipotesi esplicativa che varrebbe a dar ragione, dal punto di vista sia embrionario che patogenetico, delle peculiari condizioni anatomiche riscontrate.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta scientifica del 30 marzo 1934.

Presidente: Prof. M. PINCHERLE.

Ancora sulle reversibilità ed irreversibilità dei tumori di fronte alle irradiazioni.

G. G. PALMIERI. — L'O. considera, in senso strettamente biologico, il problema della reversibilità dei tumori di fronte alle radiazioni, riconoscendo che i raggi X o gamma sono in grado di produrre una « mutazione » nel senso della genetica, mentre in senso clinico si può parlare in base ai risultati terapeutici di una reversibilità locale, risp. generale, assoluta o relativa.

Diabete insipido e colesterinemia.

U. SENIN e S. STEFANINI. — In cinque casi di diabete insipido gli OO. hanno trovato un tasso colesterinemico superiore alla norma e in base a tale reperto considerano le possibili relazioni del diabete insipido con le lipoidosi, specialmente la forma colesterinica di esse.

La valutazione quantitativa del cuore sul vivente.

P. BENEDETTI e V. BOLLINI. — Gli OO. espongono il loro procedimento di valutazione quantitativa del cuore *intra vitam* per mezzo dell'esame ortodiagrafico eseguito nelle due proiezioni dorso-ventrale e laterale. Riferiscono i principali risultati che ottennero sopra 450 individui, clinicamente sani, in età di 20-25 anni. Il procedimento si uniforma ai principii e al metodo di antropometria clinica ideato da Viola ed è, secondo l'esperienza

degli OO., applicabile utilmente nel campo clinico.

Discussione: G. G. PALMIERI, F. SCHIASSI, M. PINCHERLE.

Seduta del 13 aprile 1934.

Presidente: Prof. M. PINCHERLE.

Ginecomastia e tumori dei testicoli.

Prof. F. SCHIASSI. — L'O. espone la storia clinica e il reperto necroscopico di un giovane di 29 anni affetto da tumore del testicolo destro (corionepitelioma) con metastasi epatiche e polmonari e da ginecomastia. In questo caso sortirono esito positivo le prove biologiche di Aschheim-Zondek e di Friedmann, rivelando una situazione ormonica simile a quella propria della gravidanza, mentre l'ipofisi dimostrava modificazioni istologiche di tipo gravidico.

Discussione: P. BENEDETTI.

Aspetti atipici della pressione arteriosa nelle glomerulopatie croniche.

Prof. U. DE CASTRO. — L'O. riferisce sopra alcuni casi fra i quali due di osservazione personale di glomerulo-nefrite cronica diffusa o ipertonica e sulla base di vari elementi clinici e necroscopici discute i problemi relativi al comportamento atipico della pressione arteriosa.

Discussione: M. PINCHERLE, PERRUCCI.

Presentazione di due casi di sindrome di tipo Cooley.

Prof. M. PINCHERLE. — L'O. espone la storia clinica, corredata dai risultati di numerosi esami di laboratorio e radiologici, di due malati, di anni 8, risp. 2, che presentano il quadro morboso che va sotto il nome di Morbo di Cooley nella letteratura americana, essendo però presso che sconosciuto in Europa. La forma è contrassegnata da una iperplasia eritroblastica del midollo osseo con iperemolisi, e da profonde alterazioni scheletriche diffuse, enorme ispessimento della diploe cranica con caratteristici aspetti radiografici, osteoporosi di tutte le altre parti dello scheletro. L'O. discute la diagnosi differenziale e il problema eziopatogenetico.

Discussione: G. G. PALMIERI.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 aprile 1934.

Presidenza: Prof. F. BRUNETTI, vice-presidente.

Denti ritenuti.

Prof. U. SARAVAL. — L'O. riferisce su 4 casi di ritenzione dentaria multipla osservata nei componenti di una stessa famiglia nel ramo femminile (madre e tre figlie); le radiografie dimostrano rispettivamente l'esistenza di 5, 16, 11, 13 denti normali ritenuti o semiritenuti. Passate in rassegna le varie cause, l'O. esclude per i suoi casi la malposizione dei germi e l'influenza dei denti decidui; tra le cause generali scarta la lue, le lesioni endocrine e il rachitismo; dà valore invece ai fattori ereditari non potendosi pensare nemmeno ad una dysostosis cleidocranialis spuria, in quanto mancano nelle sue malate le alterazioni craniali e clavicolari caratteristiche.

Un caso di simpatosi nasale guarito da 7 anni.

Prof. F. BRUNETTI. — L'O. presenta una donna che nel 1927 venne passata nel suo reparto da una divisione medica dove era degente per cefalee gravi, intermittenti, accompagnate da vomito e parestesie lungo il braccio di S.; anamnesi negativa, come l'esame clinico, normale il liquor, mentre rinoscopicamente si notava un turgore della testa del turbinato medio di S. Un intervento demolitore su questa portò alla guarigione che dura tuttora. Dal caso l'O. prende argomento per tracciare un quadro delle cefalee nasali e le classifica come una « simpatosi » pure affermando che l'unione dei componenti simpatici, parasimpatici e trigemellari a livello della pituitaria è troppo intima, per pensare, come alcuni vorrebbero, alla possibilità di uno stimolo che agisca su di una sola di queste innervazioni. L'O. parla in ultimo del recente rifiorire in Italia della riflessoterapia nasale, insistendo nel concetto che venga applicata su basi scientifiche e per indicazioni circoscritte.

Cancro del mascellare con manifestazioni orali.

Dott. G. PESENTI. — L'O. riferisce il caso di una donna di 49 anni che presentava un ascesso del palato da radici gangrenose del secondo molare superiore di D.; nel decorso della malattia il ritardo della regressione dei fatti infiammatori e la natura del materiale prelevato dalla parte ammalata fecero insorgere dei sospetti che furono confermati dall'esame istologico che diede un netto reperto di cancro originario dal seno mascellare. L'O. osserva come il caso sia degno di nota per il modo subdolo di sviluppo del tumore e come richiami l'attenzione sulla diagnosi differenziale delle comuni alterazioni del cavo orale.

Il laboratorio di San Marco a Venezia.

Prof. G. PELOSO. — L'O. riferisce dopo 10 anni di prova intorno ad un laboratorio da lui istituito per i tubercolosi che escono dal sanatorio e non sanno più trovare lavoro; dichiara di aver assodato che direttore di un laboratorio di malati non può essere che il medico che solo può prescrivere e dosare il lavoro ed oltre a ciò deve tener presenti le norme della profilassi. In 10 anni di esercizio ha dato lavoro a 219 operai con una media di 22 operai all'anno, portando il capitale da L. 8.480,45 nel 1924 a L. 132.265,15 nel 1933. Devolse di questo nel 1932 una somma di L. 50.000 per un premio biennale per lo studio del problema postsanatoriale dei tubercolosi.

Eritrodermia salvarsanica.

Dott. E. MARZOLLO. — L'O., dopo aver brevemente accennato agli accidenti verificatisi negli ultimi 5 anni nell'ambulatorio dermoceltico ospedaliero, riferisce di un tipico caso di eritrodermia salvarsanica con grave eritro- e granulotossicosi senza diatesi emorragica. Richiama l'attenzione sull'utilità di eseguire, prima e durante la cura, l'esame morfologico del sangue per una diagnosi precoce di danni rari bensì, ma a volte assai gravi.

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Qualche aspetto della tubercolosi del sistema nervoso.

E. Bramwell (*Edinb. Med. Journ.*, marzo 1934) ricorda che le antiche statistiche (Gowers, Starr ecc.) davano l'evenienza del tubercoloma del cervello come molto frequente, sino a considerarla come la metà circa di tutti i tumori cerebrali.

Gli AA. moderni trovano invece valori molto più bassi, e un neuro-chirurgo di fama mondiale come H. Cushing conta nella sua statistica non più dell'1,4 %.

I tubercolomi sono di solito unici, e colpiscono elettivamente il cervelletto; l'età giovanile è la più colpita e la prima infanzia (sotto i 10 anni) dà la percentuale maggiore; il sesso maschile è più colpito del femminile, forse per i traumi a cui è più soggetto; d'altro lato non è stata ancora chiarita l'importanza patogenetica delle otiti tubercolari.

La diagnosi è basata sull'esistenza dei soliti sintomi di ipertensione endocranica e di fenomeni a focolaio; sulle modificazioni delle circonvoluzioni cerebrali, sulle deviazioni morfologiche della sella turcica, sullo spostamento del corpo pineale e sulla eventuale calcificazione della massa tumorale che diviene così visibile ai raggi X; sulla presenza di tubercoli nell'occhio o di processi tubercolari altrove.

La cura chirurgica dà ancora una altissima percentuale di mortalità; e Cushing ha notato che, all'asportazione di un tubercoloma segue spesso una meningite tubercolare: egli si limita perciò ad una semplice decompressione.

V. Sferra.

Emorragia cerebrale con reazione meningea puriforme asettica.

Ch. Flandin, H. Gallot e R. André (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 26 febbraio 1934) riportano il caso di un malato aortico, iperteso, che fu colpito da una vasta emorragia cerebrale sottocorticale che si manifestava con un coma profondo senza segni di localizzazione, senza segni clinici di irritazione meningea, ma solamente alla puntura lombare con una enorme reazione meningea con polinucleosi pura. L'interpretazione di questo coma era assai delicata, dato che l'aspetto puriforme del liquor faceva pensare ad una meningite acuta ad inizio apoplettiforme.

Questa diagnosi però fu scartata sia per l'assenza di germi visibili, sia per l'integrità assoluta dei polinucleari. L'assenza di temperatura, di dimagramento visibile, di otorrea o di lesioni sinusali facevano eliminare l'ascesso cerebrale, cosicchè la diagnosi più verosimile era quella di reazione meningea consecutiva a una lesione a focolaio dell'encefalo, tumore o emorragia, l'ipertensione arteriosa essendo a favore di quest'ultima ipotesi, che fu confermata all'autopsia.

Il fatto degno di nota, nel caso descritto, è l'assenza totale di emazie nel liquor, assai rara nelle reazioni meningee da emorragie cerebrali in cui il liquor cefalo-rachidiano, se contiene dei polinucleati o dei linfociti, contiene anche delle emazie; l'assenza di emazie è dovuta al fatto che il focolaio era rigorosamente cerebrale e sottocorticale. Ciò dimostra che per solo meccanismo di irritazione una lesione a focolaio sottocorticale può determinare in certe condizioni una reazione leucocitaria meningea. La patogenesi di questa reazione meningea sembra molto semplice. Il voluminoso focolaio emorragico che sfiora la corteccia provoca una dilatazione vascolare reattiva peri-emorragica, alla quale partecipano i vasi della pia-madre; si produce pertanto una intensa diapedesi attraverso le pareti di questi vasi.

La polinucleosi è tanto più marcata quanto più la lesione è voluminosa e vicina alla corticalità, tanto che l'intensità della reazione meningea serve a fissare, in una certa misura, l'importanza e la gravità delle lesioni.

C. Toscano.

Clinica e patogenesi dell'emorragia subaracnoidea.

Sono descritti da Krohn (*Deutsche Med. Wochsch.*, 2 marzo 1934) due casi di emorragia subaracnoidea, istituitasi sulla base di aneurismi dei vasi cerebrali. La sintomatologia dava segni di compromissione del sistema nervoso centrale e vegetativo, risultandone in uno dei casi studiati, un quadro molto simile a quello di una malattia infettiva acuta. Quale causa della costituzione degli aneurismi, viene invocata una debolezza delle pareti vasali che avrebbe forse origine in difetti di struttura d'origine embriologica, a carico delle arterie della base.

Causa diretta della rottura furono variazioni della pressione sanguigna, con elevazione della pressione stessa da stimoli esogeni o nel quadro di una labilità vasale a tipo ipertonia essenziale. Il riscontro in uno dei casi descritti, di un infarto coronarico farebbe pensare ad una compromissione generale del sistema vascolare, almeno a tipo funzionale. Le considerazioni cliniche ed anatomiche fatte dall'A. ammoniscono a servirsi con molta cautela in questi casi, della puntura lombare, che dal punto di vista terapeutico, è una spada a due tagli perchè decomprime vasi a pareti lese e che sostengono una pressione arteriosa spesso patologicamente aumentata.

L'indicazione alla rachidocentesi è costituita (a parte il problema diagnostico) dalla constatazione di una forte ipertensione endocranica — ma si dovrà sempre tener conto della elevata pressione sanguigna dei vasi centrali.

M. COPPO.

Medulloblastoma del IV ventricolo ad inizio infettivo acuto.

I tumori del IV ventricolo hanno generalmente una evoluzione cronica e apiretica; tuttavia alcune volte tali tumori hanno un inizio apparente acuto, che orienta la diagnosi verso l'ascesso cerebrale o, se la stasi papillare fa difetto, verso l'encefalite acuta.

G. Guillain, I. Lereboullet e P. Rudaux (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 26 febbraio 1934) riferiscono il caso di una donna di 30 anni la quale, in pieno benessere, fu colpita da febbre, rinite notevole e contemporaneamente cominciò a lamentare cefalea violenta, diffusa, continua con parossismi durante il giorno, vertigini, ambliopia, diplopia.

Dopo un mese la rinite cominciò a decrescere, mentre gli altri disturbi persistevano. Il medico curante pose la diagnosi di encefalite. Successivamente la sintomatologia andò aggravandosi e comparirono vomiti con nausee assai penose e un dimagrimento molto importante.

Obiettivamente si riscontrava: Romberg con caduta a sinistra; equilibrio difficile a mantenere durante il cammino; testa fissa in antiflessione; flessione a destra dolorosa; ipotonia bilaterale più marcata a sinistra, dove il riflesso rotuleo è nettamente pendolare; riflessi tendinei degli arti inferiori vivi, ma eguali dai due lati; accenno a clono del piede bilateralmente; sensibilità normale; disturbi cerebellari (leggera adiadococinesi a sinistra, leggera dismetria nella prova del dito sul naso e del tallone sul ginocchio del lato sinistro); aumento della tensione dell'arteria retinica; riflesso corneale abolito d'ambo i lati; nistagmo orizzontale sinistro; deviazione spontanea dei due indici a sinistra; intensa ipereccitabilità bilaterale alla prova calorica; deglutizione difficile; riflesso del velopendolo asimmetrico.

Posta la diagnosi di tumore del IV ventricolo, l'ammalata fu operata. In un primo tempo fu praticata una trapanazione decompressiva sottotemporale destra, in un secondo tempo un intervento a fondo permise di estirpare in parte un tumore del IV ventricolo, che risultò all'esame microscopico essere un medulloblastoma. La malata morì quattro giorni dopo l'intervento.

Gli AA., dopo aver messo in evidenza, nel caso descritto, la mancanza di stasi papillare, mancanza che fece esitare il chirurgo nel primo intervento ad abbordare immediatamente la fossa posteriore, e dopo aver ricordato come l'inizio acuto dei tumori del IV ventricolo non è del tutto eccezionale, si domandano se una infezione generale o una infezione locale del cavo orale o dell'orecchio medio non possa determinare l'evoluzione di un tumore fino allora latente o se per certi tumori come i medulloblastomi l'infezione non possa avere una importanza etiologica.

C. TOSCANO.

Aracnoidite spinale operata e guarita in una giovane donna colpita da emiplegia datante dall'infanzia.

Cahen e Dagnelic (*Annali della Società Belga di chirurgia*, gennaio 1934) presentano il caso di una donna di 25 anni che all'età di 4 mesi era stata colpita da una encefaloepatia infantile determinante una emiplegia sinistra e che dall'età da 21 a 25 anni aveva visto evolvere, con un periodo di remissione di due anni, una aracnoidite spinale resa manifesta da una paraplegia accompagnata da costipazione e ritenzione incompeta di urina. L'esame del sistema nervoso, mettente in evidenza una zona netta di iperestesia cutanea situata al di sotto dell'apofisi spinosa della 12 V. D. senza modificazioni della sensibilità al di sotto di questa cintura, le modeste alterazioni degli sfinteri, i periodi di remissione ed i dolori subbiettivi facevano localizzare il processo a livello della 11ª e 12ª V. D. e 1° L. La localizzazione veniva confermata dall'esame radiografico eseguito col lipiodol che dimostrava l'accumulo della sostanza nel cul di sacco durale a forma di V aperto in alto di cui le branche raggiungono due tratti laterali che dopo la 12ª V. D. si presentano discontinui e sgranellati. L'atto operativo eseguito con laminectomia faceva notare in corrispondenza dell'aracnoide a livello della 12ª V. D. presenza di granuli giallastri della grandezza di un seme di miglio. Questi vennero asportati e l'esame istologico dimostrava trattarsi di corpi incistati. Il decorso post-operatorio fu normale e 15 giorni dopo la p. poteva alzarsi e camminare, naturalmente con l'andatura dell'antica emiplegia.

Gli AA. concludono affermando che nel loro caso si trattava di un'aracnoidite a tipo cistico, probabilmente avente un nesso patogenetico comune con l'encefalopatia infantile, e che la limitazione del processo ne aveva permesso l'asportazione ed il buon esito chirurgico.

M. PLASTINA.

Un caso di polineurite aurica.

P. Jacob (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 26 febbraio 1934) riporta un caso di polineurite aurica insorta in una malata che aveva ricevuto gr. 3,65 di crisalbina per via endovenosa in due mesi. Si trattava di una polineurite sensitiva, senza fenomeni motori importanti, con conservazione dei riflessi, al-

meno all'inizio; i dolori furono all'inizio lombari con irradiazioni agli arti inferiori. Non vi era alcun altro fenomeno di intolleranza all'oro. La guarigione si ebbe dopo circa tre mesi. C. TOSCANO.

La cura dei disturbi del sonno.

Dopo aver brevemente accennato alle vedute antiche e moderne circa il meccanismo fisiologico del sonno, O. Wuth (*Münch. Med. Woch.*, 16 marzo 1934) distingue due tipi fondamentali di disturbo del sonno: quello dovuto ad un perturbamento del meccanismo fisiologico cerebrale del sonno, per alterazioni anatomopatologiche del cervello (encefalite, arteriosclerosi, rammollimenti, tumori, ecc.) o per l'influenza esercitata da sostanze diverse (delirii da cloralio, da bromo, ecc., azione della caffeina, astinenza dalla morfina, ecc.); e quello dovuto a cause morali e fisiche, esercitanti un effetto dannoso sul meccanismo del sonno (dolori, tosse, ecc. da un lato, preoccupazioni, timori e così via dall'altro).

I tipi più comuni di disturbi del sonno, sono: l'insonnia, la sonnolenza, la difficoltà di addormentarsi, la difficoltà di dormire a lungo, la dissociazione tra sonno del cervello e del corpo (nottambulismo); il risveglio parziale (senza contemporanea ripresa della motilità).

La terapia varia da caso a caso; quando il sonno è turbato per cause fisiche, è necessario eliminare la causa con un trattamento sintomatico, evitando fino a che si può i sedativi a cui ci si assuefà (morfina ecc.); si ricorre di solito allora agli antinevralgici, i più noti tra i quali sono il piramidone, l'antipirina, la fenacetina e l'aspirina, o loro combinazioni, come l'optalidon, l'allional, l'arcanol ecc.; da quest'ultimo possono derivare atrofie gialle acute del fegato come dall'atofan; consigliabili le combinazioni con codeina, che di solito non danno assuefazione.

Nei disturbi del sonno ideo-affettivi si ricorra ad una cura igienica (evitare ogni causa di eccitazione, il troppo lavoro — specie alla sera — e le cene molto abbondanti), fisica (impacchi caldo-umidi prima di dormire) e psichica (dalla persuasione all'ipnosi).

Nei disturbi di origine cerebrale, l'uso dei sonniferi è strettamente indicato; nel 1914 Goldscheider ha scritto che i sonniferi sono indicati, quando non è possibile ottenere il sonno in altro modo, quando è necessario un effetto immediato, quando si deve spezzare un circolo vizioso patologico o fisiologico che sia, e infine negli stati di eccitazione e di psicosi.

I sonniferi debbono essere divisi anch'essi in due grandi gruppi: quelli che agiscono sulla corteccia cerebrale e quelli che agiscono sul tronco encefalico.

Tra i primi vanno ricordati l'alcool, la paraldeide, l'idrato di cloralio, i sali di bromo; tra i secondi il Veronal, il Luminal, il Dial, il Somnifen, la Baldriana.

I rimedi « corticali » sono indicati quando è difficile prendere sonno (ipereccitabilità della corteccia), quelli « del tronco » quando il sonno è breve e interrotto.

La paraldeide può e deve essere somministrata a dosi alte, perchè innocua ma l'odore e il sapore sono così cattivi da ostacolarne l'uso.

L'idrato di cloralio ha azione ipotensiva e alle dosi di 1-3 gr. sarà bene tollerato nelle arteriosclerosi ipertensive; la prima volta non si deve superare però la dose di gr. 1, onde saggiare la tolleranza.

Preparati più blandi, e perciò più in uso sono la Valeriana, i preparati di Baldriana, il Bromural, il Sedormid, il Neodorm e l'Adalin. Ottimo è il bromo, sotto forma di bromuro di sodio, alla dose di 1-3 gr. al giorno; le miscele di polibromuri sono meno efficaci: 5 gocce al dì di liquore di Fowler hanno ottima azione profilattica contro l'acne bromica: la semplice ricerca del bromo nelle urine (secondo Wuth) permette di controllare e regolare i dosaggi giornalieri.

Rientrano nel gruppo dei rimedii che prolungano il sonno — e che agiscono sul tronco encefalico — i derivati dell'acidobarbiturico (malonilurea) come il Veronal (meglio sotto forma di sale sodico), il Luminal, anche come Luminaletten o Prominal, il Dial e il Sedormid, tra i più usati.

Tutti questi preparati possono dare esantemi morbillo-scarlattiniformi, con angina e nefrite emorragica acuta.

Di fronte all'insonnia assoluta dell'encefalite non c'è nulla da fare; lo stesso si dica del delirio da astinenza dalla morfina.

Contro la sonnolenza non esistono mezzi molto efficaci: sono consigliabili, ad ogni modo, l'efedrina, l'efetonina, il Cardiapol-Efedrina, la lobelina, la Coramina e il Sympatol.

Bisogna infine ricordare che una terapia pro — o contro — il sonno non può essere generalizzata; e che si deve attentamente « individualizzare » ogni singolo caso. V. SERRA.

Il calcio nel trattamento dei tremori.

J. Affolter (*Schweiz. med. Wochens.*, 2 gennaio 1934) riferisce sui buoni risultati ottenuti in un caso di tremore delle mani senza affezioni organiche, guarito definitivamente con 6 iniezioni endovenose di 10 cmc. di una soluzione al 10 % di calcio.

L'A. ricorda altresì le indicazioni della terapia calcica in molte malattie neurologiche e psichiatriche (melanconia, manìe, catatonia). Anche gli squilibri del sistema nervoso vegetativo (insonnia, ipersensibilità, palpitazioni, angoscie) sono favorevolmente influenzati dal calcio; inoltre, questo, per la sua azione regolarizzatrice sul sistema nervoso vegetativo, deve essere raccomandato nella demenza precoce.

Esso è anche utile in molte dermatosi (eczema cronico, prurito) e nei disturbi anafilattici (asma, edema di Quincke, orticaria) nella spasmofilia, nell'eclampsia, nello spasmo della glottide. *fil.*

La cura colla lecitina di alcune sindromi di sclerosi multipla.

Minea, seguito poi da Dragonier, partendo dal concetto che il quadro della sclerosi a placche sia strettamente legato al metabolismo grasso del tessuto nervoso, pensò di curare coi grassi la sclerosi a placche. Ma già l'idea era stata esposta nel 1906 da Marburg.

Max Weinberg (*The Journ. of Nervous and Mental Diseases*, marzo 1934) usò l'olio di fegato di merluzzo e mentre in casi lievi il risultato era stato buono, nei casi avanzati era stato nullo. Risultati migliori si hanno invece colla cura lecitinica.

Questa cura si fa iniettando nello speco vertebrale ogni 10 giorni (e per 4 volte in tutto) cc. 0,2 di lecitina con 4 cc. di soluzione fisiologica diluita con una parte uguale di liquor. Il malato deve rimanere supino nelle 24 ore che seguono l'operazione.

L'A. l'adoperò in 12 malati. In uno ebbe uno shock dovuto al fatto che invece di soluzione fisiologica fu adoperato soluzione salina al 20 %. In un caso ci fu reazione meningea scomparsa dopo 4 giorni. La maggior parte dei malati ebbe lieve aumento di temperatura per una dozzina di ore.

I risultati furono molto soddisfacenti. In 4 si ebbe diminuzione della vivacità dei riflessi, in 2 su 5 che avevano nistagmo questo sintoma scomparve e in uno diminuì. In tre dei 6 che avevano abolizione del riflesso addominale, questo riflesso ricomparve. Il segno di Babinski non fu influenzato dalla cura. Invece le paralisi scomparvero in 7 malati, su 10 che ne erano affetti. Su 8 malati che avevano pallore temporale della retina, due ebbero scomparsa di questo segno. Il tremore intenzionale pure scomparve nei malati che lo avevano; migliorò della parola scandita uno solo dei 4 malati che ce l'avevano.

Secondo l'A. questi risultati stanno nettamente a favore dell'ipotesi che la sclerosi a placche dipende da un alterato ricambio grassoso del tessuto nervoso.

Brichtner ha dimostrato l'esistenza di una sostanza lipolitica (lipasi) nel siero dei malati di sclerosi multipla.

Invece secondo Dragonier la lecitina agirebbe soltanto per distruggere un virus che sarebbe la causa della malattia.

Secondo Hohenan il miglioramento dovuto alla lecitina dipende da uno shock con conseguente leucocitosi.

Qualunque ne possa essere il meccanismo, la cura merita di essere provata su vasta scala.

R. LUSENA.

NOTE DI RADIOLOGIA

La colangiografia durante l'operazione, per i disturbi postumi alla colecistectomia.

P. L. Mirizzi (*Dsch. Zeit. f. Chir.*, vol. 241) riporta due casi in cui applicò il mezzo di diagnosi di cui si è fatto sostenitore: quello di praticare una radiografia — previa iniezione del moncone del cistico — di 20 cc. di lipiodol, al tavolo operatorio, nei pazienti a cui asporta la cistifellea. Con tale mezzo avrebbe un reperto delle condizioni delle vie biliari molto più esatto e sicuro che alla comune esplorazione digitale e strumentale e pertanto non potrebbero sfuggire sia calcoli del coledoco o dell'epatico, sia altre lesioni. Nei casi riportati: per uno di questi potè in tal modo trovare una cisti pancreatica — giacchè anche il dotto di Wirsung e le sue diramazioni vengono iniettati — e asportarla in secondo tempo; nell'altro caso potè riscontrare uno spasmo dello sfintere di Oddi e con cure mediche guarire la paziente dei disturbi residuali alla colecistectomia. V. GHIRON.

TECNICA DI LABORATORIO.

Di un metodo pratico per la ricerca del metabolismo basale.

Da una diecina di anni in alcune cliniche americane viene usato per determinare il metabolismo basale la seguente formula ideata dal Read nel 1922:

$$0,75 \; [\text{polso} + (\text{press. differ.} \times 0,74)] - 72.$$

L'A. dedusse i termini del calcolo dal paragone di numerosi risultati di esami di metabolismo con i valori della frequenza del polso e della pressione arteriosa differenziale dei soggetti in esame.

La ricerca del metabolismo basale così importante nello studio delle disfunzioni tiroidee e di malattie di vario genere, non è ancora entrata nella pratica medica corrente a causa dell'alto costo dello strumentario occorrente.

Si comprende perciò quale importanza possa avere un procedimento di grande semplicità matematica se pur dia dei valori approssimativi.

B. Gran (*Monitore di Endocrinologia per il medico pratico*, dicembre 1933) ha studiato in 50 malati la formula di Read paragonandola con i valori dati dall'apparecchio di Krogh. Tra i soggetti in esame, 15 erano ipertiroidei e di essi sei erano basedowiani.

I risultati sono stati i seguenti: nell'8 % dei casi concordanza fra Read e Krogh; nel 12 % i valori della formula del Read erano superiori a quelli ottenuti coi metodi classici; nell'80 % inferiori.

Nel complesso però l'A. ha riscontrato che la formula del Read dà con una buona approssimazione il valore del metabolismo basale, co-

sicchè può essere di aiuto prezioso nei casi tipici e di orientamento per il medico pratico per convalidare qualche ragionato sospetto e per indirizzare se mai il malato verso ricerche strumentali più esatte. VICENTINI.

IGIENE.

La frequenza della tubercolosi di origine bovina.

D. Nai (*Notiziario dell'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare*, agosto 1933) ricorda che Roberto Koch, al Congresso di Londra del 1901, sostenne che, in ragione della diversità tra i bacilli tubercolari di tipo bovino e di tipo umano, l'infezione tbc. umana di origine bovina fosse da considerare un evento molto raro. Ma i dati successivamente raccolti hanno dimostrato che i casi di tbc. umana causati dal bacillo di tipo bovino sono molto più numerosi delle percentuali riportate nei trattati.

La tubercolosi prodotta dal bacillo di tipo bovino non è differenziabile da quella causata dal bacillo di tipo umano, nè clinicamente, nè anatomo-patologicamente. Solo le ricerche batteriologiche e biologiche permettono di fare la diagnosi differenziale con sicurezza.

La frequenza della tubercolosi di origine bovina varia assai da paese a paese: la Gran Bretagna presenta la percentuale più alta in Europa. Di notevole interesse sono le statistiche di Griffith. Secondo questo autore nei bambini sotto i cinque anni la tubercolosi dei gangli cervicali e della cute è dovuta per il 58-85 % dei casi al bacillo di tipo bovino, nei bambini da 5 a 14 anni per il 50 %. Nelle forme ossee, articolari e meningee il bacillo bovino vien riscontrato in circa un terzo dei casi nei bambini sotto i cinque anni di età. Su 492 casi di tisi polmonare lo stesso A. ne riscontrò quattro di origine bovina che egli mette in rapporto con una pregressa infezione intestinale contratta nella prima età.

Recentemente però B. Lange avendo riscontrato il bacillo di tifo bovino nello sputo di cinque individui, quattro dei quali erano in contatto permanente con bovini, opina che sia possibile il contagio diretto respirando aria infetta, contenente bacilli provenienti da bovini tubercolotici.

La probabile esistenza, accanto alla infezione per via alimentare da ingestione di latte di vacche tubercolotiche, della via diretta di contagio, rende urgente ed importante la soluzione del problema della igiene e bonifica delle stalle. VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Studio dell'anidremia nel coma diabetico.

L'anidremia e l'anuria si verificano nel coma diabetico come conseguenza della disidratazione.

E. P. Ralli, A. M. Waterhouse coll'aiuto tecnico di O. Reinhardt (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, maggio 1934) hanno studiato 8 casi di coma diabetico dal punto di vista della concentrazione sanguigna.

La tecnica seguita fu la seguente: all'ingresso in corsia, somministrazione al paziente di un clistere di soluzione fisiologica di 1000 cc., misurazione della quantità di liquido riemessa subito dopo. Lavaggio gastrico con 1000 cc. di soluzione fisiologica e misurazione del liquido estratto. Prelevamento immediato di sangue sott'olio e senza applicazione di laccio. Poi cateterismo vescicale e inizio della cura che consisteva in infusione di soluzione fisiologica con aggiunta di 50 ‰ di glucosio e insulina intramuscolare ogni 1/2 ora. Dose iniziale di insulina 40 unità; dosi successive da 20 a 25 unità.

Esame del sangue: potere del plasma di combinazione con CO_2 secondo il metodo di Van Slyke e Cullen, glicemia col metodo di Folin-Wu; azoto non proteico col metodo di Folin-Wu; determinazione dell'emoglobina col metodo di Newcomer e lettura col colorimetro di Klett. Determinazione ematocritica. Determinazione del contenuto solido del sangue.

Risultati: su 8 casi, 4 morti e di questi 3 autopsie. Nei casi di morte la pressione arteriosa, specialmente la diastolica, si manteneva persistentemente bassa.

Il rapporto fra volume delle urine e diluizione del sangue fu il seguente: nei 4 casi che guarirono un aumento dell'eliminazione delle urine accompagnò la diluizione del sangue dopo somministrazione endovenosa di soluzione fisiologica.

Il coma non compare se non c'è disidratazione e anidremia. La disidratazione è conseguenza dell'esagerata diuresi nei casi di diabete non curato. Nel diabete curato, la sospensione dell'insulina dà diminuzione del contenuto in acqua del sangue.

Il coma diabetico va curato non solo nel senso che si deve combattere la chetosi, ma anche l'anidremia.

Se la pressione si mantiene buona si possono innestare dosi notevoli di soluzione fisiologica (anche 4-6 litri), mentre se la pressione cade si deve fare una trasfusione.

R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI

« *Trichocephalus dispar* ». — Al dott. A. R. da C., abb. n. 9543:

Il *Trichocephalus trichiurus* o *dispar* vive assai a lungo nell'intestino umano, ove occupa più frequentemente la regione cecale. Fu rinvenuto anche nel tenue e nell'appendice; anzi ad esso fu data una grande importanza nella genesi delle appendiciti.

Il tricocefalo non può ritenersi innocuo: la sua azione patogena si esplica in più modi. Innanzi tutto determina dei piccoli traumi sul-

la mucosa poichè infigge la parte assottigliata del suo corpo nella profondità di essa. Se alle autopsie si trova il parassita libero nel lume intestinale ciò è dovuto al distacco di esso non appena si verifica il raffreddamento del cadavere.

Alla presenza dei traumi può attribuirsi tanto lo stato catarrale della mucosa come gli eventuali e circoscritti fenomeni infiammatori di essa. Ad esso deve anche attribuirsi una azione tossica e non mancano nella letteratura casi di anemie più o meno intense scomparse con la scomparsa del verme. Infine secondo alcuni AA. eserciterebbe una azione sottrattiva in quanto può nutrirsi di sangue oltre che di linfa.

Se non insorgono fatti infiammatori la prognosi della Tricocefalosi è benigna. Come cura si usa generalmente il Timolo che deve essere somministrato a lungo ed in piccole dosi in periodi di quattro o cinque giorni seguìti da un riposo di tre o quattro giorni (0.50-1 gr. *pro die*). Questo metodo è preferibile perchè efficace anche contro le Giardiae e altri flagellati intestinali. GIULIO ALESSANDRINI.

VARIA

Le locuste nell'alimentazione.

Nelle nostre abitudini dietetiche, gli insetti non sono compresi, il che non toglie che, in altri popoli, essi siano stati usati e lo siano anche attualmente. Per non parlare che delle locuste, la Bibbia ci racconta che S. Giovanni Battista, nel deserto, si cibava di miele selvatico e di locuste, le quali erano considerate dagli Ebrei come cibi puri; il Levitico fa menzione di diverse specie edibili di locuste, mentre proibisce di mangiare gli altri insetti. Gli Assiri le consideravano come leccornie e le imbandivano alla mensa dei grandi personaggi in occorrenza di feste; così pure presso i Parti, al dire di Plinio, si ritenevano un cibo delicato.

Anche attualmente esse vengono usate come cibo; per esempio, in Arabia, i beduini più poveri le mangiano arrostite, dopo aver tolto loro le ali ed i piedi e gli Ottentotti le disseccano e le polverizzano, costituendo così delle riserve alimentari.

In generale, esse vengono utilizzate nell'alimentazione di popolazioni che vivono in paesi scarsi di risorse naturali e sono forse anche di una certa utilità, fornendo dei principî alimentari importanti.

Myerhofer e Pirquet le includono nel loro sistema numerico alimentare fra i cibi carnei, col numero 2,9956. La parte più importante, dal punto di vista nutritivo, sarebbe un grasso che esse contengono e che, quando si fanno bollire, galleggia in forma di olio limpido. Con tutta probabilità, tale grasso contiene delle vitamine, di natura non ancora ben determinata ma che, secondo F. G. Cawston (1) potrebbe avere una certa importanza nel senso di prevenire la lebbra, la quale si svilupperebbe più particolarmente in individui in stato di carenza di alcune vitamine essenziali. I popoli primitivi vanno soggetti a lunghi periodi di deficienze alimentari e le locuste fornirebbero una buona riserva di vitamine che permetterebbero una maggiore resistenza contro l'infezione lebbrosa. Le inesauribili risorse della natura rimedierebbero in tal modo alle deficienze alimentari.

Dal punto di vista sanitario, le locuste possono presentare anche qualche altro interesse, sia perchè i loro escrementi possono contaminare le acque e Castellani e Chalmers (2) citano un'epidemia di dissenteria per tale causa, sia anche perchè alcune specie di locuste, contrariamente alla generalità, sono carnivore e possono attaccare l'uomo e produrgli delle lesioni. Casi di tal genere sono riferiti da C. J. Burton (3) per alcune locuste australiane (*Anostoma*). A. FILIPPINI.

Un nuovo metodo di produrre calore nei tessuti: l'induttoterm.

L'induzione elettromagnetica mediante un generatore ad alta frequenza è un nuovo metodo per produrre calore nei tessuti. È più sicuro della diatermia, perchè non richiede elettrodi metallici: basta avere un filo isolato.

Il massimo calore è prodotto nei tessuti più conduttivi e più vascolarizzati.

L'induttoterm ha le stesse applicazioni della diatermia (compresa quella di produrre iperpiressia) ed è meno fastidiosa per il paziente. J. R. Mcriman, H. J. Holmquest e S. L. Osborne (*The Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, maggio 1934) provarono questo metodo 150 volte in malati di artrite e 12 volte come piretoterapia. R. LUSENA.

(1) *Locust oil as a therapeutic agency*. Journ. trop. med. a. hyg., 15 febbr. 1934.
(2) *Manual of tropical medicine*.
(3) *Insects in their relation to injury and disease in Man in Australia*. Med. Journ. Australia, 5 dic. 1931.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

C. MELANI. *L'autoemoterapia nella cura delle emottisi*. — Riv. It. Terapia, Napoli, 1934.

C. CANTIERI. *Sulla probabile origine spirochetica di certe forme febbrili a tipo epidemico*. — Rinasc. Medica, Napoli, 1934.

F. VALTORTA. *Dilatazione del canale cervicale, raschiamento, svuotamento dell'utero*. — L. Pozzi, Roma, 1934.

G. MAURO. *L'anchilostomiasi*. — Rass. Prev. Sociale, Roma, 1934.

V. RUATA. *Deux ans d'experience de vaccinothérapie du trachome et des infections oculaires*. — Impr. Barbey, Cairo, 1934.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

49° *Dottor S. D'A.* (I.). — Sono persuaso che Lei sia dovuto compenso per il maggior lavoro prestato in rapporto alle esigenze della circoscrizione dell'altra condotta. Questa domanda ha base di giustizia e di legalità, riconosciuta anche da recenti decisioni del Consiglio di Stato. Può fare istanza al Comune su carta da bollo da L. 5 per chiedere che Le sia liquidato un equo compenso tenuto conto dello stipendio che sarebbe spettato al titolare della condotta, per il servizio da Lei prestato in sostituzione di esso, fuori dei suoi obblighi, trattandosi di una separata e distinta circoscrizione, corrispondente ad una condotta per sè stante e priva di titolare. Se il Podestà ritardasse a rispondere, insista. Se il provvedimento sarà negativo, Lei potrà ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale, nel termine di giorni 30 dalla notificazione. Qualora il Podestà non risponda, lei farà notificare un atto di diffida, in modo che possa eventualmente ricorrere contro il provvedimento tacito.

50° *Dottor G. S.* (F.). — La G. P. A. in sede di tutela, applicando l'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, doveva limitarsi a stabilire gli stipendi minimi. Io ritengo che in questo potere sia compresa anche la facoltà di attribuire, oltre lo stipendio fisso, un aumento proporzionale: si tratta sempre di determinazione dello stipendio minimo che non è necessario sia immutabile, ma può essere proporzionato, oltre una data misura, al numero dei poveri.

Per altro risulta che il Comune, con atto approvato dalla G. P. A., deliberò il nuovo capitolato regolando il trattamento economico. La disposizione concernente l'aumento dello stipendio in rapporto al numero dei poveri, nasce da questa fonte, cioè dall'atto del Comune approvato dall'autorità tutoria. Senza dubbio, apparteneva al Comune il potere di fare al medico condotto un trattamento più favorevole, oltre il minimo stabilito dalla G. P. A. Questo è un punto già precisato dalla giurisprudenza, con decisioni recenti. Se l'obbligo fu, dunque, assunto validamente dal Comune, con l'approvazione dell'autorità tutoria, e se fu perciò costituito un diritto patrimoniale del medico condotto, questa situazione legittima non può essere modificata per considerazioni di opportunità.

51° *Dottor N. C.* (V.). — Sciolto il consorzio, cessa l'ente e si estinguono i rapporti da esso costituiti. L'art. 30 del R. D. 19 luglio 1906 n. 446 attribuisce al titolare stabile della condotta consorziale una indennità pari ad un anno di stipendio.

Cessando il rapporto consorziale e provvedendosi *ex novo* alla titolarità del posto comunale, la nomina deve essere deliberata in base a concorso pubblico. È però da ritenere che l'atto di scioglimento del consorzio possa regolare la condizione del personale, con approvazione, s'intende, dell'autorità tutoria, e stabilire la trasmissione dei rapporti d'impiego dal Consorzio all'ente o ad uno degli enti successori. Questa successione non avviene per legge, come invece si verifica nel caso di aggregazione di un Comune o di una frazione; ma io ritengo che possa essere stabilita e regolata dall'autorità amministrativa con l'atto stesso di scioglimento del Consorzio.

La indennità di cavalcature è soggetta alla riduzione del 12 %.

52° *Dottor B. G.* (S.). — La nomina del medico visitatore è attribuita al potere discrezionale del Prefetto. Non si tratta di un vero e proprio concorso.

53° *Dottor Z. J.* (V. S. L.). — La indennità corrispondente ad un anno di stipendio è attribuita dall'art. 30 del R. D. 19 luglio 1906 n. 446 al titolare della condotta consorziale se l'ente sia soppresso. Questa disposizione non trova applicazione diretta nei casi di dispensa per soppressione di posto comunale, quale che ne sia la causa. Ne risulta però una indicazione e conferma di un principio generale di diritto che ha base anche in altre disposizioni di legge e anche nella carta del lavoro, concordemente ammesso dalla dottrina e dalla giurisprudenza. Questo principio si può formulare così: è dovuta equa indennità, in rapporto al servizio prestato, al sanitario condotto e, in genere, all'impiegato che sia dispensato dal servizio improvvisamente o quasi, per causa incolpevole. La misura della indennità varia in relazione alla durata del servizio. Da questo punto di vista è efficace, come indicazione utile, la disposizione del citato art. 30.

54° *Dottor G. R.* (S. M.). — Il sanitario, cancellato dall'albo, non può esercitare nemmeno la funzione di medico delle carceri. Qualora si tratti di prestazione, cioè di attestazione richiesta nell'esclusivo interesse privato e compresa nella tariffa approvata dal Prefetto, le condizioni finanziarie del richiedente sono irrilevanti. La esenzione può risultare da una disposizione particolare, salvo che si tratti di persone iscritte nell'elenco dei poveri per l'assistenza sanitaria gratuita.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Tutela sanitaria dei lavoratori delle bonifiche.

S. E. il Capo del Governo ha consegnato alla Camera la relazione che illustra gli ultimi provvedimenti relativi al servizio del chinino di Stato. Essa rileva, anzitutto, che « ai lavori che si attuano nei comprensori di bonifica integrale — opera grandiosa, intrapresa dal Regime per la redenzione igienica ed economica di circa cinque milioni di ettari di territorio paludoso o improduttivo — si sono accresciuti i bisogni e le necessità, tanto nel campo assistenziale sanitario e profilattico, quanto in quello sociale », ed aggiunge:

La maggior parte di questi lavori si svolgono in territori che sono focolai di intensa endemicità di malaria, spesso in campagne inospitali e lontane dai centri abitati e nella attuazione di essi si vengono a manifestare condizioni in particolar modo favorevoli alla diffusione della malaria.

Ora un'organizzazione totalitaria e un funzionamento di servizi di tutela sanitaria dei lavoratori e della popolazione immigrata, che non siano rispondenti, per larghezza di presidii, di provvidenze, di organizzazione tecnica e di mezzi finanziarii, ai bisogni, possono riuscire pregiudizievoli all'attuazione del programma della bonifica integrale, il cui successo troverebbe, indubbiamente, gravi ostacoli nel persistere e nel mantenersi diffusa tale endemia di malaria. Per far fronte a questo maggiore urgente ed indilazionabile impegno gravante sulla sanità pubblica è stato emanato il R. D. 8 marzo 1934, con il quale si dà una nuova disciplina al servizio del chinino di Stato, in modo da estenderne ed organizzarne il funzionamento nell'interesse di una più larga opera di lotta contro la malaria, particolarmente nelle campagne.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALEZIO (*Lecce*). — Scad. 30 giu.; L. 8850 e 5 quadrienni dec.; riduzioni; età limite 35 a.

AURISINA. — (Vedere DUINO).

BIANZÈ (*Vercelli*). — Scad. 30 giu.; L. 7000 e 10 bienni ventes., c.-v., trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

CORLEONE (*Palermo*). — Scad. 30 giu.; 2ª condotta; L. 8000 per 1000 poveri, oltre indennità per assistenza ai borghigiani di Ficuzza; riduz.

COSSATO. — (Vedi VERCELLI).

CRESCENTINO. — (Vedi VERCELLI).

DOMASO (*Como*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 e 4 quinquenni dec.; addizionale L. 5 sopra i 400 iscritti; trasp. L. 3500; ambulat. L. 500; riduzioni; tassa L. 50.

DUINO-AURISINA (*Trieste*). — A tutto il 30 luglio 1934 è aperto il concorso, per titoli, ad un posto di medico chirurgo per il Consorzio dei Comuni di Duino-Aurisina e Sgonico, con sede in Aurisina. Al posto vanno annessi i seguenti emolumenti al lordo delle ritenute e delle riduzioni di legge: stipendio annuo L. 9000, aggiunta di attività L. 1500, caro-viveri come per gli statali, indennità di trasporto per autoveicolo L. 3000, assegni di Ufficiale Sanitario L. 1400. Per informazioni rivolgersi al Comune di Aurisina (Trieste).

GATTINARA. — (Vedi VERCELLI).

INTRA (*Novara*). *Congregazione di Carità ed Opere Pie Riunite*. — Proroga a tutto il 6 luglio del concorso a medico chirurgo direttore dell'Ospedale Civile di S. Rocco.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Scad. 29 giu.; L. 5500 e 3 quinquenni dec.; età limite 39 a.; tassa L. 50.

MALALBERGO (*Bologna*). — Scad. 5 lug., ore 12; 2° reparto; L. 8800 e 4 quadrienni dec., oltre lire 4000 cavalc.

MANTOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — È aperto il concorso, per titoli ed esami, al posto di Medico-Direttore di Sezioni dispensariali presso questo Consorzio di Mantova. Scadenza ore diciotto del 20 luglio 1934-XII. Nomina per un quinquennio, tacitamente rinnovabile per egual periodo. Stipendio L. 12.000 (iniziale), con possibilità di tre aumenti quinquennali di L. 1200 caduno. Indennità di servizio attivo L. 3000. Decurtazioni legali secondo il R. Decreto 20 novembre 1930, n. 1491 e del R. Decreto Legge 14 aprile 1934, n. 561. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria oppure alla Direzione Tecnica del Consorzio.

MATERA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — La data di chiusura del concorso al posto di medico-aiuto presso il Dispensario Provinciale Antitubercolare (v. nostri precedenti fascicoli 18-19) è stata prorogata dal 31 maggio u. s. al 30 giugno 1934.

MIRTO (*Messina*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 oltre L. 500 per il servizio sanitario.

MORRO D'ALBA (*Ancona*). — Concorso, per titoli, alla condotta unica residenziale in Morro d'Alba. Stipendio annuo L. 8500 aumentabile di un decimo per ogni quadriennio di effettivo servizio e per cinque quadrienni fino a raggiungere annue L. 12.750 per la cura gratuita degli inscritti nell'elenco dei poveri. Indennità trasporto annue L. 3000 se il servizio venga fatto con automobile o con cavallo, di L. 2000 se con motocicletta, di L. 1000 se con bicicletta. Assegno annue L. 500 per eventuale incarico Ufficiale Sanitario. Indennità caro-viveri; se coniugato, L. 840 annue fino a che verrà corrisposta agli altri dipendenti del Comune. Casa di abitazione con annesso orto, di proprietà del Comune, contro pagamento di congruo fitto. Stipendio e indennità sono soggette alla riduzione 12 % per il Decreto 30-11-1930 n. 1491 ed a quelle stabilite dal R. D. L. 14-4-1934 n. 561 e verranno corrisposte al lordo delle ritenute di Legge. Le domande con i prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 10 luglio 1934-XII.

MURO LUCANO (*Potenza*). — Scad. 15 lug.; lire 8000 e 6 quadrienni dodicesimo; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *RR. Istituti fisioterapici ospitalieri.* — Scad. 15 lug.; direttore medico primario dell'Istituto ospitaliero dermosifilopatico di S. Maria e S. Gallicano; letti n. 250; L. 16.000; ritenute; età limite 50 a. Eventualm. esame. Chiedere avviso. Rivolgersi Amministrazione dei RR. Istituti, viale Regina Margherita 295.

SAN LUPO (*Benevento*). — Scad. 31 lug.; L. 8000; riduzioni; età limite 35 a.; tassa L. 50.

S. ANGELO MUXARO (*Agrigento*). — Scad. 9 lug.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec.; ritenute; età limite 40 a.

SGONICO. — (Vedere DUINO).

SOMMO (*Pavia*). — Scad. 30 giu.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat.; trattenute; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

TRINO. — (Vedi VERCELLI).

VERCELLI. *R. Prefettura.* — Concorsi per quattro posti di Ufficiale Sanitario consorziale nella Provincia di Vercelli. Per titoli ed esame.

1° Consorzio: COSSATO: Castelletto Cervo, Cerreto Castello, Lessona, Piatto, Quaregna, Valdengo, Valle S. Nicolao, Vallanzengo, Vigliano Biellese. Abitanti 17.194. Stipendio L. 8260. Indennità trasporto e diarie L. 6820. È consentito l'esercizio della libera professione nel solo Comune di Cossato (abitanti 6684).

2° Consorzio: GATTINARA: Albano, Arborio, Ghislarengo, Greggio, Lenta, Lozzolo, Oldenico. Abitanti 12.377. Stipendio L. 15.200. Indennità trasporto e diarie L. 8100. È inibito il libero esercizio professionale.

3° Consorzio: CRESCENTINO: Fontanetto Po, Lamporo, Palazzolo Vercellese. Abitanti 11.176. Stipendio L. 7950. Indennità trasporto e diarie lire 4540. È consentito l'esercizio della libera professione nel solo Comune di Crescentino (abitanti 5704).

4° Consorzio: TRINO: Costanzana, Desana, Ronsecco, Tricerro. Abitanti 18.497. Stipendio lire 14.200. Indennità trasporto e diarie L. 6820. È inibito l'esercizio professionale.

Stipendi ed assegni di cui sopra al lordo delle ritenute di cui ai RR. DD. LL. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561 e delle altre ritenute di legge. Dieci aumenti biennali. Termine per la presentazione documenti alla Prefettura di Vercelli otto luglio 1934, XII. Per chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Vercelli.

VIGEVANO (*Pavia*). *Ospedale Civile.* — Scad. 25 giu.; 2° assistente di medicina; L. 3960 oltre lire 990 serv. att., c.-v.; trattenute di legge; tassa L. 25,10.

AVVERTENZA. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.**

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

In seguito a concorso, è stato nominato primario otojatra degli Ospedali Riuniti di Roma il prof. Giorgio Ferreri, direttore inc. della Clinica oto-rino-laringoiatrica di Perugia. Sarà pertanto accolta con vivo compiacimento la notizia che egli verrà a dirigere il moderno reparto otojatrico del nuovo grande ospedale del Littorio. Il prof. Ferreri proviene dalla scuola romana ed è autore di apprezzate pubblicazioni di patologia e clinica della specialità, nonchè membro di numerose Società ed Accademie scientifiche italiane ed estere.

Al valoroso nostro collaboratore vadano le più affettuose congratulazioni de « Il Policlinico ».

L. P.

Il Gran Consiglio dell'Ordine Mauriziano, a successore del defunto prof. Gruner nella carica di medico primario dell'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino, ha nominato il prof. Luigi Fornara, primario nell'Ospedale di S. Giovanni di Torino.

Il prof. G. Maderna è nominato direttore dell'Istituto Fotoradioterapico di Napoli, fondato e diretto per anni dal compianto prof. R. Stanziale.

In esito a concorso per coadiutore ordinario nel Reparto di Oculistica all'Ospedale Incurabili di Napoli la Commissione ha proposto il prof. Giuseppe De Vincentiis, figlio dell'illustre Maestro della Clinica oculistica di Napoli.

Alla cattedra di anatomia umana e istologia in Sassari sono risultati: 1° Ignazio Fazzari; 2° Giovanni Bruno.

Alla cattedra di fisiologia in Sassari sono risultati: 1° Giulio Cesare Pupilli; 2° Rodolfo Margaria; 3° Gaetano Martino.

È stata conferita la medaglia al merito della Sanità pubblica al prof. S. Sciuti, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Napoli.

Il premio Grassi di parassitologia è stato dalla Reale Accademia dei Lincei assegnato al dott. Augusto Corradetti, della Stazione sperimentale per la lotta antimalarica.

NOTIZIE DIVERSE.

Società italiana di medicina del lavoro.

Il 5 maggio si è riunita nella sede dell'Ist. Naz. Fascista per gli Infortuni sul Lavoro il Consiglio Direttivo della Soc. Italiana di Medicina del Lavoro, sotto la presidenza del sen. prof. Devoto. Erano presenti il vice-presidente on. prof. Niccolò Castellino e i consiglieri proff. Aiello, Caccuri, Loriga, Quarelli, Ranelletti e Tullio, nonchè i proff. Biondi e Monti in rappresentanza della Sezione Italiana della Commissione Internazionale permanente per la medicina del lavoro.

Si è discusso sull'opportunità di istituire in tutti i centri universitari dei corsi rapidi sulle assicurazioni per le malattie professionali, che sono già in corso di attuazione a Milano, a Napoli e a Torino, come pure si è formulato un elenco di malattie professionali da denunziare per legge, che sarà inviato alla direzione di sanità pubblica.

Si è anche stabilito che il prossimo Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro si terrà a Torino, alla fine del prossimo ottobre, e saranno discusse le seguenti relazioni:

1) Lavoro sul mare: relat. Castellino e Quarelli;

2) Solfocarbonismo: relat. Ranelletti (patologia e clinica); Audo Gianotti (ghiandole endocrine e sistema neuro-vegetativo); Di Donna (mezzi di prevenzione contro il solfocarbonismo);

3) Malattie professionali degli organi della vita: relat. Guglianetti.

Il VII Congresso internazionale di Infortunistica e Medicina del Lavoro si terrà poi a Bruxelles, nel luglio 1935, sotto la presidenza del prof. Glibert. Vi saranno discussi: 1) Postumi di traumi del cranio; 2) Traumi della mano e delle dita; 3) La lotta contro le polveri industriali; 4) Azione patologica dei gas delle miniere; 5) Il dolore; 6) L'elettricità. In detto congresso come relatori italiani sono stati designati il prof. Biondi (Psicofisiologia del dolore) e il prof. Aiello (patologia da elettricità).

5° Congresso nazionale di microbiologia.

Il 29 maggio, nella sala delle riunioni al Municipio di Cagliari, venne inaugurato il V Congresso nazionale di microbiologia. Erano presenti le autorità e circa un centinaio di congressisti, giunti da tutte le Università e dagli Istituti scientifici del Regno. Hanno parlato il vice-podestà, il rettore dell'Università, il prefetto ed il preside della Facoltà di medicina. Il Congresso ha svolto quindi i lavori, attraverso le relazioni e le comunicazioni.

3° Congresso della stampa medica latina.

È indetto a Parigi per i giorni 18-20 ottobre, sotto la presidenza del prof. Léopold Mayer (Bruxelles) e del prof. G. Etienne (Nancy). Quota: 100 franchi francesi per i titolari (direttori o delegati di periodici medici) e 50 per gli aderenti (giornalisti medici, medici non giornalisti, persone che accompagnano i congressisti). Mandati postali ed assegni bancari vanno intestati al Dr. V. Gardette. Saranno accordate riduzioni di viaggi in ferrovia, per mare e per via aerea. Per la iscrizione e informazioni rivolgersi al: Dr. L. M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, rue Servandoni 8, Paris (VIe).

Al 1° Congresso dei medici sardi.

Demmo già notizia della solenne inaugurazione di questo importante Congresso culturale, organizzato, con impegno e perizia, dal prof. Castaldi.

Hanno destato vivo interesse e sono state largamente discusse le tre relazioni: il prof. Aresu, rettore magnifico dell'Università di Cagliari, ha trattato l'oscuro e vastissimo campo delle diatesi emorragiche, esponendo anche i risultati di ricerche personali; il prof. Delitala, di Sassari, ha trattato dell'echinococcosi, malattia che ha grande diffusione in Sardegna; il prof. Zagari, clinico medico di Napoli, ha ampiamente e mirabilmente riferito sulla diagnosi dell'infarto miocardico.

Su proposta del prof. Sabatini, di Sassari, il Congresso ha votato un ordine del giorno con cui si dichiara aperta, in Sardegna, la lotta contro l'echinococcosi e se ne stabiliscono le modalità (il compito direttivo verrà affidato agli Istituti di clinica medica di Cagliari e di Sassari; verrà istituita una « giornata della echinococcosi »; verrà organizzato un Comitato interuniversitario sardo di lotta antiechinococcica).

Molto successo ha ottenuto la Mostra di prodotti farmaceutici e di pubblicazioni, allestita nelle sale dell'Istituto anatomico.

Settimana odontologica francese.

La Settimana Odontologica (47° Congresso Dentario) si è svolta quest'anno dal 24 marzo al 2 aprile nelle ampie sale del « Grand Palais » a Parigi.

È stata organizzata dall'Associazione Generale dei Dentisti di Francia e dal Sindacato dei chirurghi-dentisti francesi, con la collaborazione scientifica dell'« Ecole Dentaire de Paris » e di importanti Associazioni culturali della Francia, dell'Italia, della Svizzera e del Belgio; e si è svolta sotto la presidenza d'onore di S. E. il Presidente della Repubblica Francese, e sotto l'alto patronato delle LL. EE. i Ministri della Educazione Nazionale, della Salute Pubblica, del Lavoro e della Previdenza Sociale, del Commercio e dell'Industria.

Ciò che ha distinto questo Congresso dai precedenti è stata la creazione di una giornata dedicata a ciascuna delle Nazioni principali aderenti al Congresso, in modo da avere la giornata della Associazione Stomaco-Odontologica Italiana, sotto la presidenza d'onore del prof. Proust della Facoltà di Medicina di Parigi e quella effettiva dell'on. prof. Amedeo Perna, direttore della Clinica Odontologica della R. Università di Roma (28 marzo); la giornata della Società Svizzera di Odontologia, sotto la presidenza d'onore del prof. Gosset, membro dell'Accademia di Medicina, e quella effettiva del prof. Wild, dell'Istituto Dentario di Zurigo (29 marzo); e la giornata dell'Associazione Generale dei Dentisti del Belgio, sotto la presidenza d'onore del prof. Roussy, membro dell'Accademia di Medicina, e quella effettiva del dott. Rosenthal, professore alla Scuola Dentaria Belga (30 marzo).

Nella giornata italiana, avanti a un folto numero di scienziati, presente il rappresentante dell'Ambasciata d'Italia a Parigi, sotto la presidenza del comm. Amedeo Goia, segretario dell'Associazione Stomato-Odontologica Italiana e presidente del Comitato permanente per il collegamento con l'estero, vennero presentate comunicazioni dai sigg.: on. prof. Amedeo Perna, Roma; prof. Beniamino De Vecchi, Roma; dott. Vito Catania,

Roma; prof. Renato Ottolenghi, Torino; prof. Giulio Giorelli, Torino; prof. Luigi Casotti, Torino.

Il prof. Proust ricordò ed esaltò il valore italiano nel campo della medicina e della specialità, e rivolse parole di congratulazione e di elogio ai conferenzieri, ai quali portò il saluto e i ringraziamenti del Comitato organizzatore il dott. Haloua, presidente del Comitato stesso.

Rispose il comm. Goia, ringraziando il prof. Proust ed il Comitato organizzatore per aver favorito una così interessante manifestazione culturale italiana durante la Settimana odontologica francese.

Centro per la diagnosi e per la cura della sterilità.

La Cassa Edile per le assicurazioni sociali a Milano comunica:

Dal giorno 1° giugno 1934-XII presso la sede della Casa di cura « Alessandro Mussolini », Istituto della Cassa Edile per le Assicurazioni Sociali, comincerà a funzionare un « Centro per la diagnosi e cura della sterilità ».

L'interessante, ed oggi all'ordine del giorno, problema della sterilità del connubio, è stato in questi ultimi due anni già seguìto con particolare attenzione, con sufficiente larghezza di materiale clinico ed adeguata attrezzatura tecnica, negli ambulatori specialistici e nel reparto ostetrico-ginecologico della Cassa stessa, dove si sono a tutt'oggi ottenuti risultati veramente incoraggianti.

La presidenza della Cassa Edile per le Assicurazioni Sociali ha pertanto deliberato di raccogliere e coordinare (come già è stato fatto altrove) le attività delle varie specialità medico-chirurgiche tendenti a questo fine in un unico Centro, ed ha voluto che a questa nuova organizzazione, che si prefigge uno scopo altamente morale e sociale, possano adire non solo i propri assicurati ma chiunque non ha trovato nel matrimonio il necessario completamento: la procreazione dei figli.

Le consultazioni, per ora, saranno tenute due volte alla settimana: di lunedì e venerdì dalle 11 alle 12.

Le visite, gli esami clinici e le ricerche di laboratorio che il direttore del Centro crederà necessario praticare o di far praticare per giungere alla diagnosi di natura o di sede della sterilità saranno gratuiti per chiunque si presenti all'ambulatorio.

Riduzione di cliniche universitarie a Vienna.

L'Università di Vienna contava tre cliniche di medicina interna, tre di chirurgia e tre di ginecologia. In seguito a richiesta del Ministro delle finanze, per ragioni di economia, il Ministro della pubblica istruzione ha provveduto a ridurre il numero delle cliniche suddette a due per ogni disciplina. Ora il Ministro delle finanze ha espresso il desiderio che un'altra delle due cliniche ginecologiche rimaste venga chiusa. La ragione sarebbe data dalla diminuzione delle nascite a Vienna, ove l'indice di natività ormai è caduto a 8,3 ‰, cioè inferiore a quello di qualsiasi altra città, eccettuata Oslo, ove è a 8,2. Il numero di letti in una delle due cliniche è già stato molto ridotto.

L'invito del ministro delle finanze ha destato viva indignazione tra i medici e nel pubblico. Esso sembra secondare il fenomeno della denatalità, invece di opporvisi. D'altra parte, se il numero delle nascite è molto ridotto, molto aumentato è quello degli aborti e delle affezioni ginecologiche. L'insegnamento agli studenti di medicina, molto numerosi, non potrebbe essere impartito in una sola clinica. Il credito della Scuola medica di Vienna verrebbe sempre più compromesso: questa scuola, già così celebre, attrarrebbe sempre di meno gli stranieri. Si nota, infine, che l'economia realizzata sarebbe esigua. La concezione del ministro delle finanze è puramente burocratica e trascura fattori etici, sociali e politici.

Una nuova Università nel Brasile.

A San Paolo del Brasile è in via di organizzazione una nuova università. Ne faranno parte le Facoltà seguenti: Medicina, Farmacia, Veterinaria, Filosofia, Diritto, Scienze fisiche, chimiche e naturali, Lettere, Scienze economiche e commerciali; le seguenti Scuole superiori: di agricoltura, politecnica, di odontologia, di belle arti; un Istituto didattico. Il corpo accademico sarà composto di professori titolari (cattedratici), di professori ausiliari (straordinari) e di professori liberi o pareggiati; vi si aggiungeranno professori « commissionati » e « contrattuali » (per periodi brevi). Oltre che a studiosi nazionali, si fa appello a quelli stranieri. Una missione ufficiale si recherà in Europa con pieni poteri, per provvedere all'assunzione del personale ed alla firma dei contratti. Per le trattative i candidati o gli aspiranti dovranno rivolgersi ai Ministeri culturali della loro Nazione (per l'Italia al Ministero dell'Educazione Nazionale).

Un po' dovunque.

In occasione della festa dello Statuto si è tenuta la solenne adunanza della Reale Accademia dei Lincei, alla presenza del Sovrano.

L'Associazione internazionale per la profilassi della cecità e l'organizzazione internazionale contro il tracoma si sono riunite a Parigi in assemblea generale il 14 maggio, in occasione del Congresso della Società francese di oftalmologia. Vi erano rappresentate 20 Nazioni (l'Italia dal prof. Maggiore).

La 22ª adunanza annuale della Società dei medici neurologi tedeschi si terrà dal 27 al 29 settembre, in Monaco. Informazioni presso il dott. Ziehen, Psychiatr. und Nervenklinik, Nussbaumstr. 7, München, Germania.

La Società Oftalmologica Pan-Indiana si adunò dal 19 al 21 dicembre 1933 nell'Istituto Pan-Indiano d'Igiene, a Calcutta; tra i temi discussi furono: il glaucoma nell'idropisia epidemica; cheratite epidemica; i raggi U. V. nel trattamento delle affezioni oculari superficiali; la chirurgia plastica della palpebra e della congiuntiva. L'Associazione per la prevenzione della cecità nel Bengala organizzò, in quella occasione, una mostra e proiettò alcune cinematografie di propaganda. La prossima riunione si terrà a Madras nel 1935.

Si è tenuta a Milano l'assemblea ordinaria del Sindacato veterinari, sotto la presidenza del segretario nazionale prof. A. Lanfranchi.

Le Sezioni Regionali Ligure, Emiliana-Romagnola e Veneta della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi, hanno organizzato dei convegni, rispettivamente per i giorni 9, 17 e 24 giugno.

Il gruppo degli otorinolaringologi piemontesi si è adunato il 3 marzo, sotto la presidenza del prof. A. Malan assistito dal segretario R. Segre. Furono fatte comunicazioni da: Caroggio, A. Malan, R. Segre, Palumbo, Mela, Pallestrini, Teppati, R. Malan, Leveriero.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 7 marzo sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni da: M. Dalla Palma, R. Bardati, G. Pieri, O. Bertolotti, F. Cucchini, P. Amadori.

Il Sindacato Medico Fascista della Provincia di Mantova si è adunato in seduta scientifica il 22 febbraio; segretario il dott. D. C. Montecchi. Furono fatte comunicazioni da: F. Maccabruni, R. Lasagna, F. Baguzzi, E. Truzzi.

L'Associazione internazionale degli ospedali ha pubblicato i programmi per i corsi di perfezionamento sulla tecnica ospedaliera; si svolgeranno dal 15 al 28 agosto, in tre sezioni (quote: franchi svizzeri 90, 150 e 150); è anche organizzato un viaggio di studi. Rivolgersi alla segreteria: Obergrundstrasse 13, Luzern, Svizzera.

Si è svolto con ottimo successo a Cagliari il primo corso d'aggiornamento per medici pratici.

Il prof. padre Agostino Gemelli, rettore dell'Università Cattolica del Sacro Cuore in Milano, ha tenuto il 18 maggio una conferenza, in seno all'Associazione Universitaria di Azione Cattolica « Marcello Malpighi » in Milano (via D'Azeglio 55), sul tema: « Il compito del professionista nell'attuale società ».

Un gruppo di diciotto medici della « Interstate Post-graduat Medical Association » del Nord America è stato in Italia, a visitare istituti medici scientifici e assistenziali.

Il prof. Nicola Revello, presidente della Commissione nazionale dell'educazione fisica dell'Uruguay, è venuto in Italia per studiarvi lo sviluppo dell'educazione fisica.

Un gruppo di medici lombardi si è recato a visitare le Terme di Salice e l'Istituto « Carta del Lavoro » fondato dal sen. Devoto.

In conformità a un'ordinanza del Ministro dell'interno per la Prussia — in data 13 aprile — i medici dovranno denunziare tutti gli interventi, anche se eseguiti a scopo terapeutico, capaci di determinare la sterilità: per es. l'irradiazione Roentgen.

Il dott. Carlos Botelho jr. — autore della reazione che ne porta il nome, sui tumori maligni, nonchè di ricerche sulla trasmissione del cancro umano al cavallo, mediante una tecnica speciale — aveva fondato, a San Paolo del Brasile, un « Istituto Botelho », ove egli ha elaborato un prodotto curativo dei tumori maligni, sperimentato negli animali e poi applicato all'uomo. Il Botelho è stato ora invitato a Rio de Janeiro, dove il dott. Guilherme Guinle, ricchissimo, ha fatto costruire per lui un grande padiglione nell'Ospedale della « Fondazione Gaffrés-Guinle ». Inoltre una « Fondazione Osvaldo Cruz contro il cancro », istituita nella stessa città dalla famiglia Guinle, promuoverà gli studî sul cancro.

Il Governo svedese ha incaricato il Ministero del lavoro e della previdenza sociale e la Direzione dei servizi sanitari di compiere un'inchiesta sulla silicosi.

Il Parlamento della Danimarca ha approvato una legge per la sterilizzazione dei minorati di mente.

La famiglia Castellino, interpretando la volontà del compianto on. prof. Pietro, ha fatto dono al Guf Mussolini di una parte della biblioteca dell'illustre estinto e precisamente di quella contenente le opere scientifiche di cui egli si serviva per dettare le sue lezioni ai giovani.

È stato commemorato a Perugia il prof. sen. Simonetta; la cerimonia si è svolta nella Sala dei Notaï. Parlò prima il dott. Armando Rocchi, vice presidente dell'Opera Pia della Sapienza; poi l'on. prof. Eugenio Morelli, segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, pronunziò un appassionato ed efficace discorso.

Dalla « Storia del Senato » compilata da S. E. Federzoni si apprende che il decano degli attuali 461 senatori, in ordine di carica, è il prof. Francesco Durante, nominato cioè 46 anni or sono, nel 1889. Al sommo clinico, che con Guido Baccelli fondò il nostro giornale, il nostro fervido augurio.

L'Associazione otolaringologica czecoslovacca ha celebrato il 70° compleanno del prof. C. Vymola; questi ha creato a Praga una fiorente scuola della specialità, con un magnifico istituto.

Il 10 giugno si riuniscono a Roma, in occasione del Campionato mondiale di Calcio, i medici addetti alle Società di Calcio: è il primo convegno con carattere di categoria.

Il sig. Wolf Eimerl di Vienna ha intentato causa contro un chirurgo, da cui era stato operato 14 anni prima, perchè, in seguito a tenaci disturbi, egli si è dovuto assoggettare ad una nuova apertura dell'addome, la quale ha fatto scoprire una sonda, lunga 15 cm., dimenticata nella precedente operazione. Il paziente ha chiesto incirca 300.000 lire di risarcimento. Il Tribunale di Vienna ha per ora accolto la richiesta.

La taglia sul bandito Billinger, che ha provocato l'arresto e la condanna del chirurgo May e di un'infermiera, è stata elevata sempre più: ultimamente era annunziata quella di 25.000 dollari.

In età di 84 anni si è spento il prof. WILLIAM HENRY WELCH, che insegnò patologia a New York ed a Baltimora, poi fondò, in questa città, una Scuola di igiene e sanità pubblica; negli ultimi tempi si era consacrato all'insegnamento della storia della medicina.

Il prof. Welch era una delle personalità più eminenti della medicina contemporanea.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Giorn. Ven. di Sc. Med., mar. — F. VITALI. Detronizzazione del cervello? — P. REBEZ. Iperevolutismo endocrinopatico.

Münch. Med. Woch., 30 mar. — H. v. HABERER. Infiammazione non specifica dell'ileo-ceco. — E. PFLAUMER. Calcoli urin. trasparenti ai raggi.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., mar. — R. MELA, E. PUGNANI. Localizzazioni elettive dei germi. — U. DI AICHELBURG. Germi coli-aërogenes isolati dal latte.

Wien. Klin. Woch., 30 mar. — W. WEIBEL. Trattamento dell'aborto. — V. HIESS. Tecnica dell'aborto artif.

Presse Méd., 28 mar. — J. FRANÇOIS. Come evitare le recidive dei calcoli renali.

British Med. Journ., 31 mar. — H. G. A. GIESSING. I sintomi oculari nella diagnosi di malattie generali.

Journal A. M. A., 17 gen. — C. S. KEEFER e W. K. MYERS. Artrite degenerativa. — C. C. BEDELL. Meningite pneumococcica.

Gaz. d. Hôp., 28 mar. — MARION. Falsi calcoli delle vie ur.

Presse Méd., 31 mar. — G. RAMON. Anatossina difterica.

Practitioner, apr. — Numero sui disturbi gastrointestinali.

Lancet, 31 mar. — E. G. MUIR. Carcinoma della prostata.

Mediz. Welt, 31 mar. — Numero sul 58° congresso chirurgico tedesco.

Revue de Chir., mar. — P. HUARD. Amputazioni del ginocchio. — R. MASSART. Artriti sacrali.

Haematologica, III. — U. FERRI. Anemia di Jaksch-Luzet.

Pathologica, 15 mar. — G. BINI. Tumore ipernefroide del fegato. — L. SOLERO. Linfogranulomatosi dello stomaco.

Minerva Med., 31 mar. — F. PENATI. Linfomonocitosi adenopatica infettiva.

Edinb. Med. Journ., apr. — E. R. PORTEOUS. La preparaz. del catgut per scopi chirurgici.

Giorn. di Cl. Med., 20 mar. — S. BOTTINO e G. LANZA. La funzione endocrina del pancreas nelle affezioni epatiche.

Giorn. di Med. Mil., mar. — COLELLA. La sifilide del sist. nerv.

Med. Países Cál., mar. — P. DE LA CÁMARA CAÍLHAUS A. BARBOSA. Terapia della malaria.

Paris Méd., 31 mar. — P. VÉRAN. Trattam. dell'angina pectoris con gli aminoacidi.

Presse Méd., 4 apr. — F. RATHERY e P. FROMENT. Tentativo di classificaz. delle nefriti. — J. HAGNEMAU. Radioterapia delle algie.

Ann. di Ost. e Gin., 31 mar. — A. BRAMBILLA e C. COLOMBI. Portata cardiaca della gestante.

Wien. Klin. Woch., 6 apr. — ZACHERL e RICHTER. Sequele tardive di aborto.

Indice alfabetico per materie.

Appendicite cronica . . . . *Pag.* 897
Aracnoidite spinale operata e guarita . . » 910
Atresia ano-retto-sigmoidea . . . . » 907
Bibliografia . . . . » 905
Calore nei tessuti: nuovo metodo per la produzione . . . . » 914
Cefalee che seguono la rachianestesia: patogenesi e cura . . . . » 891
Colecistectomia: colangiografia durante l'operazione . . . . » 912
Coma diabetico: anidremia . . . . . . » 913
Cuore: valutazione quantitativa sul vivente . . . . » 907
Denti ritenuti . . . . » 908
Diabete insipido e colesterinemia . . . » 907
Dolicocolon . . . . » 897
Emorragie cerebrali . . . . » 909
Eritrodermia salvarsanica . . . . » 908
Ginecomastia e tumori dei testicoli . . » 908
Giurisprudenza sanitaria: quesiti . . . » 915
Ipertensione: cause . . . . » 899
Labirinto: clinica delle infiammazioni . » 901
Lipodistrofia progressiva (malattia di Barraquer-Simons) . . . . » 885
Locuste nell'alimentazione . . . . *Pag.* 914
Metabolismo basale: metodo pratico per la ricerca . . . . » 912
Nefriti e pressione arter. . . . . » 908
Pneumotorace omolaterale: quando deve ritenersi impossibile . . . . » 883
Polineurite aurica . . . . » 910
Sclerosi multipla: cura con lecitina . . » 912
Sifilide precoce: procedimento terapeutico standardizzato . . . . » 903
Simpatosi nasale; guarigione . . . . . . » 908
Sindrome di tipo Cooley . . . . » 908
Sonno: cura dei disturbi . . . . » 911
Stomaco: linfogranulomatosi . . . . . . » 899
Tremori: trattamento con calcio . . . . » 911
Trisma . . . . » 902
Tricocefalo: azione patogena e trattam. » 913
Tubercolosi del sistema nervoso . . . . » 909
Tubercolosi di origine bovina: frequenza » 913
Tubercolotici dimessi: laboratorio per — » 908
Tumore del mascellare . . . . » 908
Tumore del quarto ventricolo . . . . . . » 910
Tumori: azione delle irradiazioni . . . » 907

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLI — Roma, 18 Giugno 1934 - XII — Num. 24

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lezioni: A. Gasbarrini: Pancreatite cronica.

Lavori originali: L. Katzilambros: Le modificazioni del reperto ascoltatorio del polmone sotto l'influenza di sostanze ad azione vagosimpatica.

Note e contributi: G. Zappalà: Sulla patogenesi e sulla cura delle cefalee che seguono la rachianestesia.

Osservazioni cliniche: E. Fiorini: Paraplegia in scoliotico.

Sunti e rassegne: DISENDOCRINOPATIE: M. Labbé e Gilbert-Dreyfus: Le sindromi basedoviane e le sindromi parabasedoviane. — E. J. Kraus: Morbo di Cushing. Adiposità costituzionale e virilismo surrenale. — Suermondt: Ipertensione parossistica guarita con l'asportazione di un tumore surrenale. — MISCELLANEA: D. Angarano: L'« ospedalismo » del lattante. — McCallan: Segni clinici del tracoma. — Cochez-Fichet: Spirochetosi meningea anitterica.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società Mediche, Congressi: 4° Congresso internazionale contro il Reumatismo.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Mestruazione e malattie. — Emorragie da caustici chimici introdotti in vagina a scopo abortivo. — Arsenoblastoma dell'ovaia. — Mammella sanguinante per ectasia generalizzata dei galattofori. — Ipertrofia diffusa massiva delle mammelle in ragazze. — TECNICA DI LABORATORIO: Nuovo metodo per la conta delle piastrine. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.

Nella vita professionale: RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO: A. Franchetti: Le nuove disposizioni per la tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA

diretto dal prof. ANTONIO GASBARRINI.

Pancreatite cronica.

Lezione clinica del prof. ANTONIO GASBARRINI, direttore

raccolta dal dott. E. GUARNIERI, assistente.

Il malato B. G., che oggi dovremo discutere insieme, ha 46 a., ed è inserviente di un Istituto universitario. Il padre morì a 40 a. in seguito ad un trauma, la madre a 46 per tumore del fegato, dopo aver avuto 6 gravidanze a termine; 4 fratelli sono vivi e sani; un altro venne a mancare in tenera età, di malaria. Degno di rilievo è il fatto che di diabete morirono due congiunti del p.: la nonna materna a 70 a. ed una cugina paterna a 47 anni.

Frequentò con discreto profitto le scuole elementari, dopo di che esercitò per 10 a. il mestiere di portalettere. All'età di 20 a. fu assunto come bidello all'Istituto di Anatomia Umana della nostra Università. A 27 a. sposò una donna sana, ma appartenente a famiglia gravemente tarata per tbc. (tre sorelle morirono per forma specifica polmonare), dalla quale ebbe nove gravidanze a termine: un figlio morì a 6 mesi per broncopolmonite, uno è affetto da tubercolosi polmonare, gli altri 7 sono vivi e sani.

Il p. è sempre stato un forte bevitore di vino (2 litri in media al giorno) e di grappa, e un discreto masticatore di tabacco; fino ad un anno fa anche un buon mangiatore, abusando sopratutto di cibi piccanti. Nega la lue ed altre malattie veneree. Ebbe occasione di sottoporsi spesso a perfrigerazioni. Soffrì i comuni esantemi infantili e di elmintiasi. A 21 a. ammalò di pleurite essudativa bilaterale, guarita rapidamente senza reliquati, a 25 a. di otite purulenta. Ebbe occasione di contrarre per cinque volte infezioni cadaveriche alle dita delle mani, sempre in forma lieve, guarite rapidamente. A 37 a., nel 1925, iniziarono sofferenze dolorose a carico dello stomaco, che furono imputate a coliche biliari: il p. veniva colpito, ad intervalli di settimane e di mesi, da dolori aventi il massimo di intensità all'ipocondrio d. ed all'epigastrio, talvolta con irradiazione a cintura, non alla regione dorso-lombare ed alla spalla d., accompagnati da vomito alimentare, sudori freddi, senso di angoscia. Non ebbe mai a notare ittero, nè febbre. Rilevò invece frequentemente che le urine, dopo gli attacchi, assumevano una tinta color marsala, mentre le feci si mantenevano sempre ben colorate. Queste coliche avevano la durata di una settimana circa; nei periodi intervallari il p. si sentiva bene. Nel

Maggio 1930 ne ebbe una violenta, che lo costrinse ad entrare nella nostra Clinica. Il fegato e la milza offrivano allora un volume normale; si risvegliava con la pressione dolore all'epigastrio verso d.; le urine non contenevano pigmenti biliari, nè urobilina; con il sondaggio duodenale si ottenne bile B dopo 15' dalla istillazione di solfato di magnesio. La colecisti appariva un po' piccola all'indagine radiologica e deformata, senza ombre di calcoli visibili. L'infermo fu dimesso dalla Clinica dopo 9 giorni con diagnosi di colica epatica. Successivamente gli accessi dolorosi si sono ripetuti a lunghi intervalli. Da un anno circa ha cominciato a notare astenia, diminuzione dell'appetito, spiccata ripugnanza per le carni e contemporaneamente un aumento imperioso della sete. Ben presto si è intensificato il senso di debolezza, è venuto dimagrando ed è comparsa poliuria. In concidenza di un'ultima colica (17-II-1934), eguale alle precedenti e della durata di 24 ore, si è rinvenuto zucchero nelle urine. Tale reperto ha indotto l'infermo a venire in Clinica.

Come potete constatare, ci troviamo di fronte ad un individuo con sensorio integro, in istato di notevole denutrizione. Le linfoghiandole appaiono modicamente ingrossate e leggermente dolenti ad entrambe le regioni sottomandibolari; è palpabile nel cavo ascellare d. un ganglio del volume di una ciliegia, duro, mobile, indolente, insorto in occasione di un'infezione cadaverica, alla mano dello stesso lato; anche in altre sedi si apprezza non completa integrità del sistema linfatico.

L'esame del capo non offre nessun rilievo degno di menzione.

Al collo è dato apprezzare l'esistenza del sintoma di Oliver, mentre mancano i segni di Cardarelli e di Grocco.

Al torace lieve ipofonesi alla base polmonare d. che si presenta un po' meno espansibile; respiro alquanto aspro alla sopraspinosa d.; scarso ed interciso in basso.

Cuore non ingrandito, toni netti su tutti i focolai, ritmici.

Polso della radiale pieno, 50-60 al 1'; pressione Mx.: 105, Mn.: 55 (Riva-Rocci).

Addome espanso, teso, piuttosto dolente in corrispondenza del suo quadrante superiore d. Milza non palpabile. Fegato modicamente ingrandito (si palpa il bordo a due dita dall'arcata costale), di consistenza pressochè normale, un po' dolente.

Sistema nervoso cerebro-spinale indenne.

Esami di laboratorio. — Per quanto si riferisce al sangue, abbiamo trovato eritropoiesi normale ed una modica leucocitosi (9800), con monocitosi (19 %) ed eosinofilia (4 %). Il potere diastasico e lipolitico del siero sono normali; manca altresì una lipasi atoxil e chinino resistente.

La glicemia (metodo Hagedorn-Jensen) diede i seguenti risultati: a digiuno gr. 2,33 ‰; un'ora dopo il pasto (latte e pane di frumento) gr. 3,85 ‰; tre ora dopo il pasto gr. 4,19 ‰. Reazione di Wassermann e di Meinicke negative.

Urine cc. 1500, giallo-arancio, acide; P. S. 1038; zucchero gr. 16 ‰; traccie di acetone; albumina, urobilina, pigmenti biliari, sangue assenti. Sedimento normale. Nei successivi, numerosi esami, fatti durante la degenza del P. in Clinica, abbiamo trovato delle nette variazioni sia nella quantità emessa nelle 24 h. (fra 1300 e 2400 cc.) che nella quantità di zucchero (50-13 per ‰).

Il potere diastasico urinario è risultato normale.

Positive la prova del laccio e la cutireazione alla tubercolina.

Esame delle feci all'ingresso del P.: liquide, con detrito minuto, poco puzzolenti, a reazione intensamente acida. Al microscopio: abbondanti detriti vegetali, cristalli aghiformi raggiati e goccie sudanofile in discreta quantità. Fibre muscolari abbastanza numerose e ben conservate. Microflora in prevalenza costituita da bacilli lunghi e grossi, Gram positivi.

Un secondo esame, fatto prima di una prova di carico (100 gr. di burro), dava i seguenti dati: feci non abbondanti, di colore grigio-bruno, costituite da scibale contornate all'esterno da fiocchi e piccole membrane di muco, omogenee, prive di sangue e di residui alimentari, riconoscibili ad occhio nudo. Reazione debolmente alcalina. Al microscopio: grandissima quantità di fibre carnee a doppia striatura perfettamente conservata, a linee di frattura nette, ad angoli acuti. Scarsi residui vegetali, grassi neutri, acidi grassi e saponi in quantità non superiore al normale. Non corpuscoli di amido, non bacilli jodofili. Mancano parassiti di qualsiasi specie ed uova di elminti.

In un terzo esame, eseguito dopo la prova di carico, abbiamo trovato: feci abbondanti, poltacee, di color giallo-oro, di aspetto un po' untuoso, con qualche residuo vegetale ancora perfettamente conservato. Reazione intensamente acida.

Al microscopio: sempre molto numerose le fibre carnee, con i caratteri precedentemente descritti. Già nel preparato non colorato si scorgono numerosissime e grosse gocciole di grasso; alla colorazione con Sudan III e con fucsina si rinvengono in grande prevalenza grassi neutri, più scarsi gli acidi grassi. Scarsissimi i cristalli di saponi.

Esame radiologico: non visibile l'ombra colecistica nei radiogrammi, fatti ad intervalli. Fegato un po' ingrandito. Stomaco ortotonico, normale, peristalsi attiva; piloro pervio e centrale; bulbo a mitria, non destroposto; normali gli altri segmenti; svuotamento in tempo medio; ileo terminale con decorso regolare; cieco in sede, mobile, indolente; non visibile l'appendice, che però non duole affatto alla pressione. Nulla da rilevare a carico dell'ascendente e del trasverso.

Conclusioni: integrità dell'apparato digerente. La mancata visibilità colecistica induce a pensare ad una colecistite cronica, probabilmente calcolosa.

Per la discussione clinica di questo caso dobbiamo tener presenti i seguenti dati anamnestici: 1°) l'ereditarietà diabetica (nonna materna e cugina paterna morte di diabete pancreatico); 2°) l'ereditarietà neoplastica (madre morta di tumore epatico); 3°) l'infezione tubercolare (pleurite essudativa bilaterale, contratta dal paziente a 21 anni, tubercolosi polmonare in un suo figlio e in 3 sorelle della moglie); 4°) l'alcoolismo ed il tabagismo; 5°) le ripetute infezioni cadaveriche.

Possiamo logicamente trarre la deduzione che l'infermo porti con sè una certa labilità del fegato, del pancreas, del rene, delle arte-

rie e dell'apparato linfatico. L'indagine obiettiva però e l'esame delle urine ci fanno escludere una lesione renale. Quanto allo stato dell'apparato vascolare, teniamo a mente che l'infermo è un ipoteso e che la prova del laccio è risultata positiva. Si è trovato altresì una modica positività del segno di Oliver. Quale significato dobbiamo ad esso riferire? Come sapete, la pulsazione del tubo laringotracheale va sotto il nome di « segno di Oliver-Cardarelli », in effetto però sono due segni nettamente distinti, che vengono raccolti in maniera diversa. Ricordate, infatti, che il fenomeno di Oliver si mette in evidenza premendo leggermente e tirando in alto la cartilagine cricoide: si ha così una pulsazione verticale.

Il fenomeno del Cardarelli invece si ottiene generalmente premendo sul lato d. della tiroide; qualche volta sul lato sinistro di essa, col risultato di una pulsazione trasversale.

Il segno del Cardarelli non va confuso con il sintoma del Grocco (pulsazione antero-posteriore), indice di aneurisma della parete posteriore dell'arco aortico.

La pulsazione del tubo laringo-tracheale dunque si può trasmettere o nel senso verticale o nel senso laterale, od in quello anteroposteriore: il significato è lo stesso, sta cioè ad indicare l'esistenza di un aneurisma, senza esserne tuttavia un sintoma patognomonico, potendo rilevarsi in caso di tumore mediastinico (Castellino), o di carcinoma dell'esofago (Castellino, Flora e Giglioli, ecc.).

Nel nostro p. quale valore dobbiamo riferire al segno di Oliver? In base al dato anamnestico di pregressa pleurite doppia essudativa ed al dato obbiettivo di interessamento all'apparecchio linfoghiandolare, non possiamo escludere che l'esistenza di qualche ghiandola o fatti aderenziali abbiano stabilito stretti rapporti fra arco dell'aorta e trachea, così che quest'ultima, stirata leggermente in alto, sia capace di raccogliere la pulsazione trasmessale dall'aorta.

Qual'è la natura della micropoliadenia offerta dal paziente? Escluse per ovvie considerazioni la natura linfogranulomatosa e sifilitica, possiamo ritenere, in base ai caratteri delle linfoghiandole, che al loro patimento abbiano contribuito le pregresse infezioni cadaveriche, contratte dall'infermo e la predisposizione alla tubercolosi, logicamente da ammettersi in questo paziente, in base ai dati ereditarî, alla pregressa forma pleurica ed all'intensa positività della cutireazione.

Ma il nostro malato offre altresì una netta labilità epatica, ben dimostrabile attraverso i caratteri del fegato (ingrandito, più consistente della norma, leggermente dolente) e l'influenza nociva indubbiamente esplicata dall'abuso di alcool. Aggiungiamo che la colecisti risulta all'indagine radiologica notevolmente alterata (nel 1930 appariva piccola e deformata, oggi non si inietta affatto). Per quanto si riferisce al pancreas, infine, ne ammettiamo un sicuro patimento, in base alla sete intensa, alla poliuria, alla glicosuria ed alla iperglicemia.

Su un dato dell'anamnesi io devo particolarmente richiamare la vostra attenzione. Che cosa stanno mai a significare quegli accessi dolorosi, ai quali il nostro paziente va soggetto da circa 9 anni, a sede non soltanto ipocondriaca d., ma anche epigastrica, associati ad un senso profondo di angoscia, senza irradiazione del dolore alla spalla d.? Tenete anche conto che la durata abituale di ciascun attacco era di una settimana circa. Per quanto non si possa escludere, (in base anche al fatto che le urine, in coincidenza di ogni colica, assumevano un colorito vino marsale carico) che questi attacchi stiano a significare una forma atipica di colica epatica (varietà pseudo anginosa), possiamo logicamente sospettare che in questo paziente colecistitico si verificassero, di quando in quando, delle *poussées* acute di edema del pancreas.

Come sapete, questa forma, studiata sopratutto dallo Zoeppfel, si osserva in uno stadio inizialissimo della necrosi pancreatica, anzi ne è considerato il precursore. L'edema acuto del pancreas ha stretti rapporti con la calcolosi biliare; infatti, negli interventi precoci assai spesso si rinvengono calcoli, ora nella cistifellea, ora incuneati nella papilla di Vater, ora invece liberi nel lume intestinale, oppure segni indiretti di una calcolosi (dilatazione del coledoco, rigidità ed insufficienza della papilla), espressione di un pregresso incuneamento di un calcolo nell'ampolla e conseguente reflusso di bile nel Wirsung). Ma, come sapete, l'edema acuto del pancreas, complicanza di una colecistite calcolosa, comporta un quadro clinico, i cui sintomi sono mascherati dalle manifestazioni della colelitiasi in corso. È solo possibile sospettarlo, allorchè si abbia, nel decòrso di una colica biliare, un dolore molto più violento dei precedenti, a sede non solamente colecistica, ma con irradiazione verso la metà sinistra dell'epigastrio e la regione dorsale sinistra; il sospetto poi sarà molto fondato, allorchè coesistano glicosuria ed un aumento del potere diastasico del siero di sangue.

Orbene, è molto verosimile che qualcuno degli attacchi dolorosi, di cui ebbe a soffrire in passato il nostro paziente, stesse a significare il cosidetto edema del pancreas, espressione della incipiente lesione pancreatica. L'ulteriore discussione del caso verrà forse a lumeggiare questa possibilità.

Ma un altro punto della storia merita un particolare commento, e cioè che, mentre per il passato, fra un attacco e l'altro, l'infermo godeva ottima salute, da circa un anno ha incominciato a notare i seguenti disturbi: dimagramento progressivo, astenia, disappetenza, ripugnanza per la carne, sete intensa, po-

liuria con nicturia, glicosuria. Di fronte a questi sintomi ci poniamo il seguente quesito: il nostro paziente è affetto da un diabete mellito o da una pancreatite cronica? I rapporti fra pancreatite e diabete non sono ancora ben definiti ed è possibile che molte forme ascritte al diabete pancreatico vero e proprio, non siano altro che conseguenza di processi pancreatitici.

Noi ci domandiamo, in altri termini, se la sintomatologia offerta dal nostro malato sia riferibile ad un processo flogistico del pancreas ad andamento protratto, evoluzione lenta e progressiva, avente per base un anormale sviluppo e sclerosi del connettivo ghiandolare, associato con l'atrofia e la scomparsa di porzioni più o meno vaste di tessuto parenchimale. Le modalità e l'aspetto con cui appare al microscopio il processo di connettivazione sono mutevoli da caso a caso ed in ogni singolo soggetto variabili, a seconda del punto esaminato. Conviene dire che spesso i varî tipi topografici ed individuali si mescolano e coesistono nello stesso organo, in modo tale che riesce impossibile attribuire il processo all'una piuttosto che all'altra forma, cosicchè la classificazione della pancreatite cronica non può valersi di criterî anatomo-patologici, ma deve oggi ancora basarsi su elementi sintomatologici, riconducibili alla prevalenza dell'una o dell'altra manifestazione clinica.

Da uno studio isto-patologico, che feci compiere alcuni mesi or sono dalla dott. Brustolon in 138 pancreas di persone venute a morte per varî processi morbosi, è risultato con quanta facilità il pancreas reagisca di fronte alle più svariate condizioni tossi-infettive. Così in soggetti, venuti a mancare per malattie infettive (polmonite, sepsis, endocardite), si rinvennero sovente fenomeni di infiltrazione dello stroma interstiziale ed emorragie intraparenchimali.

Data la transitorietà dell'agente causale, è probabile che queste forme evolvano verso la guarigione, che molto verosimilmente è completa e duratura. Tuttavia non si può escludere che in certe forme protratte, ad andamento assai più lungo, si possa avere lo sviluppo di vere e proprie forme pancreatiche (tifo). Tale concetto allarga naturalmente di molto il campo dell'eziologia del processo morboso e può essere invocato come criterio anamnestico sufficiente per l'interpretazione di casi di pancreatite cosidetta primitiva. In alcuni soggetti tubercolosi rinvenimmo frequentemente zone più o meno estese di sclerosi, a tipo pericanalicolare ed interlobulare, a volte anche interacinoso, senza che nessun elemento tradisse le reazioni istologiche delle localizzazioni dirette del virus tubercolare. Questi fatti trovano riscontro nell'azione cirrogena della tubercolosi, sperimentalmente dimostrata, rispetto al pancreas. Accenni a tipi di sclerosi periarteriosa potemmo constatare in pancreas di luetici e carcinomatosi.

In complesso, sia nel campo clinico che in quello sperimentale, possiamo dire che il pancreas reagisce col quadro della pancreatite cronica di fronte a svariate condizioni, riconducibili od all'azione di tossici, od alla persistenza di anomale condizioni vascolari, od infine alla trasmissione e per via linfatica, attraverso connessioni ben note, e per via canalicolare, e, meno frequentemente, per via ematica, di processi infiammatorî stabilitisi, in genere, in organi circostanti, anatomicamente e funzionalmente connessi col pancreas.

Possiamo dire che questa ghiandola si sia oggi scossa dal silenzio, in cui giaceva fino a pochi anni or sono, e dia segno di sè, allorchè sia alterata, con una serie di sintomi, il più delle volte molto significativi. Le manifestazioni sintomatiche della pancreatite cronica sono pertanto molteplici, complesse, in parte riferibili alle svariate funzioni dell'organo, in parte ai rapporti che esso contrae con i visceri circostanti. In conseguenza, esistono due ordini di sintomi, gli uni diretti, gli altri indiretti, i quali si intrecciano in varia misura nei singoli casi e contribuiscono con la loro mutevole prevalenza a definire determinate forme cliniche di malattia.

Ciò premesso, vediamo se nel nostro paziente figurano alcuni segni della flogosi cronica del pancreas. Possiamo dire che molti dei sintomi così detti indiretti, di questa affezione qui mancano.

Manca infatti l'ittero il quale, come sapete, è in rapporto con l'ostacolo che il deflusso della bile incontra a livello dell'ultima porzione del coledoco, il quale è strozzato dal tessuto pancreatico sclerotico e retratto. È un ittero talora precoce, che costituisce il primo sintoma riconoscibile della malattia. In questi casi esso va progressivamente crescendo, non offre oscillazioni degne di rilievo, e raggiunge tardivamente un grado notevole di intensità. L'assenza abituale del dolore, la dilatazione frequente della cistifellea, associata al dimagrimento e ad altri sintomi, di cui parleremo in seguito, può in tali casi ingenerare il dubbio di un cancro della testa del pancreas. Altre volte, invece, l'ittero offre un'evoluzione a *poussées*, ed è collegato alla tumefazione ed all'edema della porzione cefalica del viscere, sufficienti di per sè a provocare un ostacolo al deflusso della bile attraverso il coledoco. In questi casi, nei quali non è palpabile la cistifellea ed il fegato si dimostra grosso e duro, figurano abitualmente precedenti colecistitici, di natura calcolosa: verrà fatto di sospettare la complicanza pancreatica, non appena il tipo delle coliche cambi, insorga un notevole dimagrimento e l'ittero si faccia grave e persistente.

Oltre all'ittero, mancano nel nostro malato quelle manifestazioni dolorose, che nei pancreatitici cronici hanno caratteristiche particolari: il dolore, cioè, è generalmente epigastrico, ombelicale o paraombelicale, in rap-

porto o non con i pasti, con irradiazione verso l'arcata costale sinistra, spesso al dorso, all'angolo costo-vertebrale sinistro o destro ed alla spalla sinistra. Orbene, come avete sentito, il dolore, che il nostro paziente accusa in sede epigastrica, non corrisponde nettamente a quello che si ha nel pancreatitico cronico, per quanto esista qui una certa iperestesia cutanea a livello della regione dorso-lombare sinistra. Aggiungiamo che qui mancano quei punti dolorosi risvegliati dalla palpazione in corrispondenza della zona coledocico-pancreatica di Chauffard, o nel punto di Desjardins, o più esattamente in quello di Orlowski, di Brocq e Maduro. Conviene, tuttavia, notare come essi secondo la nostra esperienza, non abbiano in realtà nulla di caratteristico, che consenta di asserire, in mancanza di altre manifestazioni, che l'organo dolorante sia proprio il pancreas. Le condizioni generali, che presiedono allo sviluppo di tali manifestazioni dolorose sono varie, come sapete. Innanzitutto dobbiamo ricordare che il pancreas è sensibile al dolore, essendo provvisto di piccoli corpuscoli nervosi, analoghi a quelli sensitivi del Pacini. A parte ciò, spesso intervengono reazioni infiammatorie più o meno intense, a carico del peritoneo o fatti di compressione sul plesso solare; infine, a provocare i dolori nel pancreatitico, entrano in campo talora *poussées* infiammatorie acute, cosa che sospettiamo, come si è detto, nel nostro paziente.

Fanno difetto qui vere manifestazioni emorragiche (ematemesi, melena, epistassi, porpore), presenti talora nel quadro clinico della pancreatite cronica; abbiamo soltanto la positività della « prova del laccio », che ci svela una certa labilità della parete vasale, che noi peraltro imputiamo all'alcoolismo.

Neppure il reperto ematologico ci soccorre, per quanto esso offra in questo processo morboso ben pochi elementi caratteristici; comunque, non esiste qui una macrocitosi, nè la diminuzione dei monociti e degli eosinofili. Mancano altresì i segni di compressione del coledoco, del duodeno, del piloro, della porta, della cava inferiore; è assente, infine, la scialorrea, la quale, sebbene da alcuni AA. sia riferita all'affezione pancreatica, può, d'altra parte, dipendere semplicemente dal contemporaneo interessamento dello stomaco.

Possono invece denunciare una lesione pancreatica i disturbi gastro-intestinali (e fra essi le diarree), riferibili alla dispepsia pancreatica.

Figurano spesso nel pancreatitico cronico anomalie della secrezione gastrica, dovute oltre che ad un risentimento dello stomaco di fronte al processo pancreatitico, anche al nesso patogenetico con le condizioni causali della pancreatite (colecistite, ulceri). È d'altronde noto come l'ipocloridria, l'anacloridria, l'ipopepsia siano relativamente frequenti nel decorso della malattia.

Un altro sintomo indiretto, favorevole al concetto di una pancreatite cronica è il grave deperimento organico, che constatiamo in questo paziente. Egli è dimagrito di parecchi kg. (da 77 a 54 kg.). La ripercussione sulle condizioni generali è nei pancreatitici spesso assai grave e precoce e trova spiegazione da una parte nei dolori, da cui sono afflitti i pazienti, che impediscono ad essi di nutrirsi adeguatamente, dall'altra parte nei disturbi funzionali esocrini ed endocrini.

Concludendo, molti dei sintomi *indiretti* della pancreatite mancano nel nostro infermo; sono soltanto presenti la disappetenza, le scariche abbondanti e diarroiche, il dimagrimento, l'astenia. E sono per noi sintomi molto significativi.

Esistono nel nostro caso sintomi *diretti* di pancreatite cronica? Il criterio clinico migliore, forse, per la diagnosi di tale affezione, consiste nella possibilità di palpare un tumore pancreatico, fornito dei caratteri suoi abituali e localizzato nella sua sede propria. Riguardo ai processi pancreatitici cronici, è bene ricordare che, accanto a forme circoscritte, le quali comportano un aumento di volume dell'organo, altre ne esistono, in cui l'atrofia domina il quadro anatomo-patologico della malattia ed il viscere appare assai ridotto.

Oltre ai casi, in cui la regione cefalica del pancreas si presenta anatomicamente ingrossata, dura, bernoccoluta, tanto da simulare l'aspetto di un tumore vero e proprio, dobbiamo tenere a mente i casi secondarî a malattia delle vie biliari col reperto di un nodulo solitario di sclerosi pericoledocica, nascosto nella testa del pancreas, facilmente sfuggibile per la sua piccolezza e per i suoi confini indistinti con i tessuti circostanti: osservazioni del genere sono state fatte dal Donati e dal Calzavara.

Ne segue che il tumore nella pancreatite cronica spesso non è apprezzabile; altre volte, invece, si palpa come un corpo duro, disposto trasversalmente nella regione sopraombelicale, al di sopra del colon, la cui percezione palpatoria ha importanza come criterio distintivo di localizzazione, offrendo i caratteri di un cilindro trasversale assai mobile in senso longitudinale, talora gorgogliante, spesso mutevole nella sua consistenza, per l'alternarsi di fasi di contrazione e di rilasciamento muscolare. Tenete bene a mente che la palpazione bimanuale del ventre per l'eventuale apprezzamento del tumore pancreatico, cosa assai rara, come si è detto, deve essere praticata con le norme date dal Riva fin dal 1887 e successivamente confermate dallo Zoja e cioè, a soggetto digiuno, con alvo vuoto, in posizione di completo rilasciamento, talora dopo aver messo il paziente in un bagno caldo. In qualche caso il tumore pancreatico, quasi sempre dolente, trasmette con molta intensità l'impulso dell'aorta sottostante (Delbet) ed a volte con tale in-

tensità da simulare l'esistenza di un vero e proprio aneurisma (sindrome aortica pseudoaneurismatica di Pic e Tolot). Nel caso nostro, la palpazione del viscere, attuata con le norme sopraindicate, è riuscita completamente negativa.

Abbiamo ora da esaminare i sintomi *funzionali* del pancreas. I disturbi di tipo digestivo sono, come sapete, assai frequenti e costituiscono indubbiamente gli elementi più sicuri di diagnosi di pancreatite cronica. Se tenete presente le tre attività fondamentali del succo pancreatico, è chiaro come la deficiente funzione dell'organismo si debba riflettere sulla digestione dei grassi, dei proteici e degli idrati di carbonio.

Si avrà innanzitutto steatorrea. Ebbene, le feci di questo paziente sono molto abbondanti, untuose, in qualche giorno si videro coperte da uno strato di grasso, qualche volta schiumose per fermentazione degli idrati di carbonio indigeriti. La reazione delle feci nei primi giorni della sua degenza in Clinica, appariva fortemente acida; all'esame chimico e microscopico di esse si trovava una notevole scarsezza di saponi. Come sapete, la steatorrea e lo studio dell'« *indice di Zoja* » conservano un notevole valore per la diagnosi di pancreatite, e le prove di carico con i grassi possono da sole svelare un'insufficienza pancreatica, laddove gli altri sintomi mancano o sono parzialmente nascosti. Lo studio della digestione dei grassi permette altresì, secondo il nostro parere, di valutare entro certi limiti, la gravità della lesione pancreatica, e perciò consente un fondato giudizio prognostico.

Mi manca il tempo perchè io ricordi a Voi i dettagli della digestione dei grassi, che assumiamo con i cibi.

È noto come essi non vengano assorbiti come tali. I grassi neutri sono scissi dal fermento steatolitico, secreto dal pancreas, in acidi grassi e glicerina. Gli acidi grassi poi, in presenza dell'alcali intestinale, sono trasformati in saponi neutri solubili (sodio), quindi riassorbiti dall'epitelio del villo intestinale e successivamente, dall'attività sintetica degli elementi del villo stesso, ricostruiti in grassi neutri. Sapete anche che, secondo alcuni AA., gli acidi grassi potrebbero essere riassorbiti direttamente come tali, allorchè essi vengano mantenuti in soluzione dai sali dell'acido taurocolico, che esistono nella bile e che sono appunto capaci di solubilizzare queste sostanze grasse. Ma si deve altresì considerare l'azione della bile per la digestione dei grassi, azione attivante rispetto al fermento steatolitico, emulsionante rispetto ai grassi, solubilizzante ed alcalinizzante rispetto agli acidi grassi; quest'ultima funzione però spetta soprattutto al succo pancreatico, al succo del duodeno e di tutta la rimanente mucosa intestinale.

Orbene, la deficiente saponificazione con formazione di saponi acidi insolubili, e quindi non assorbibili, è uno dei fattori che intervengono nella genesi della steatorrea, che accompagna le deficienze biliari.

Non dovete poi dimenticare che la scissione dei grassi può avvenire anche per l'azione litica di fermenti di origine batterica, scissione che ha luogo nelle ultime porzioni dell'intestino (colon), ove scarsissima è la quantità di alcali e di sali biliari, perchè già riassorbiti durante il transito attraverso il tenue. Per necessità quindi gli acidi grassi, che si formano non possono trasformarsi in saponi neutri solubili e non sono perciò assorbibili. La causa del mancato riassorbimento di questi saponi risiede, come giustamente ha fatto osservare il mio maestro prof. Zoja, nel difetto di alcali.

Ritornando al nostro caso, devo ricordarvi che una prova di carico fatta al nostro paziente con la somministrazione di gr. 100 di burro, ha resa assai più manifesta la steatorrea, caratterizzata sopratutto da notevole deficienza di saponi. È bene tenere a mente che, nella utilizzazione dei dati desunti dall'esame morfologico e chimico (grassi) delle feci, bisogna mettersi al riparo da eventuali cause di errore, in quanto alcune condizioni morbose (anacloridria, affezioni catarrali della mucosa intestinale, ostruzione dei chiliferi, come si verifica in casi di anguillulosi ecc.) possono simulare un'insufficienza pancreatica.

Un'altra manifestazione di lesione della funzione esterna del pancreas troviamo ben netta nel nostro paziente e cioè l'azotorrea, rappresentata dalle numerose fibre carnee con netta striatura trasversale e longitudinale, rinvenute nelle feci. Manca fino ad oggi l'amilorrea.

Di fronte dunque a questi sintomi non abbiamo dubbi nell'ammettere un processo pancreatitico. Considerate pertanto che esiste una scala di gravità di lesione pancreatica, in rapporto da un lato con la più o meno estesa proliferazione connettivale e distruzione del parenchima funzionante, dall'altra con le varie possibilità di compenso, le quali, come sapete, variano da soggetto a soggetto e si riferiscono sopratutto alla digestione degli idrati di carbonio (ptialina, diastasi batteriche) e delle proteine (pepsina, erepsina, batterî della putrefazione).

Non abbiamo in questo infermo praticato le indagini sui fermenti fecali e del materiale ottenuto a mezzo i sondaggi duodenali, avendo essi, come sapete, scarsissimo valore per una diagnosi di patimento pancreatico. Non esiste un aumento del tasso diastasico nel sangue e nelle urine. L'assenza di tale reperto, che, come sapete, è indice tanto sensibile dei processi pancreatitici acuti, si deve nella pancreatite cronica, con ogni probabilità, a mancanza di fatti di assorbimento per la scomparsa di tessuto secernente, scomparsa che procede lentamente e di pari passo con la iperplasia del tessuto cennettivo. Il più delle volte anzi in questi pazienti si hanno dei valori bassi del tasso

diastasico. Ricordo a voi che in 4 pancreatitici cronici, da noi studiati alcuni anni or sono, ottenemmo dei risultati perfettamente concordanti con tali rilievi.

Nel nostro paziente abbiamo voluto studiare altresì il comportamento delle lipasi del siero di sangue, considerato da alcuni AA. un mezzo diagnostico di notevole valore.

Lo studio delle lipasi del siero, relativo sopratutto alla ricerca della loro diversa resistenza di fronte a determinati tossici artificialmente aggiunti, rappresenterebbe, secondo alcuni AA., un ottimo mezzo per diagnosticare un'affezione del fegato e del pancreas. Mentre nel siero normale è costantemente presente una lipasi, la quale non mostra alcuna resistenza di fronte a sostanze tossiche, come l'atoxyl ed il chinino, nei soggetti, infermi di malattie pancreatiche, potrebbe osservarsi la comparsa di una lipasi atoxyl-resistente e chinino-labile, differenziabile appunto per queste due sue proprietà dalla lipasi normale, ed esprimente in via specifica la sofferenza dell'organo suddetto. In affezioni epatiche, invece, si troverebbe una lipasi chinino-resistente. Il carattere distintivo dunque della lipasi pancreatica risiederebbe, come si è detto, nella chinino-labilità e nell'atoxyl-resistenza.

Da una recente pubblicazione del Rossi, allievo del Leotta, risulta un aumento talvolta lieve, talvolta cospicuo della lipasi pancreatica nel 50 % di casi di sindromi associate dell'addome d. con frequente associazione pancreatica.

Dobbiamo dire però che secondo la nostra esperienza, lo studio della lipasi atoxyl-resistente, ricercata con il metodo di Rona ed al riparo di eventuali cause contrastanti, secondo le indicazioni del Melli, non ci sembra, ad onta delle sue buone basi teoriche, un mezzo sufficiente per svelarci lesioni pancreatitiche acute o croniche, siano esse sole o coinvolte nell'ambito di altre malattie. Indagini da me fatte eseguire dal mio assistente dott. D'Ignazio (1932) tolgono molto valore al metodo, essendosi ottenute risposte positive, nell'elevata cifra di 41,1%, in malattie varie, in cui si poteva escludere clinicamente e con i mezzi di indagine funzionale qualsiasi sofferenza pancreatica, mentre in due casi di pancreatite cronica, clinicamente e funzionalmente manifesta, il risultato fu negativo. La bontà della ricerca della lipasi atoxyl-resistente a scopo diagnostico, attende, secondo noi, conferma definitiva.

Nel nostro infermo non si è trovato nel siero di sangue una lipasi atoxyl-resistente.

Passiamo ora a considerare un'altra serie di sintomi presentati dal nostro malato, e cioè i disordini endocrini, di tipo diabetico. Essi, come è noto, non sono frequenti nella pancreatite cronica; lo sono soltanto dopo opportune prove di carico. È del resto caratteristica l'estrema variabilità nella tolleranza degli idrati di carbonio in questi ammalati. La glicosuria, quando esiste, ha indubbiamente importanza diagnostica notevole. Orbene, nel nostro paziente i disordini endocrini sono molto manifesti. Abbiamo, infatti, trovato poliuria, per quanto modesta ed oscillante, e notevole aumento del tasso glicemico, sia a digiuno, sia dopo somministrazione di latte e pane di frumento, ottenendo una curva glicemica molto alta e prolungata, nonchè glicosuria. A differenza di quanto sostiene l'Hirschfeld, tali disordini sono nel nostro paziente bene influenzati dall'insulina, che abbiamo somministrata.

Nessun aiuto per la diagnosi di pancreatite cronica ci offre l'indagine radiologica; manca qui qualsiasi sintoma diretto od indiretto radiologico di sofferenza pancreatica. Come sapete, la ghiandola di per sè è difficilmente visibile; solo con l'uso del pneumoperitoneo, come abbiamo fatto in alcuni casi, è possibile riconoscerla e constatarne le alterazioni di volume (osservazioni in tale senso furono eseguite nell'Istituto di Patologia Speciale Medica della R. Università di Bologna pochi anni or sono dal mio radiologo prof. Viviani).

I sintomi indiretti radiologici, che possono parlare per un aumento del volume del pancreas e si riferiscono a modificazioni nell'aspetto dell'ansa duodenale e cioè in uno spostamento ed allargamento di essa, mancano nel nostro caso; mancano altresì segni di ipotonia a carico dello stomaco e del duodeno. Lo studio della regione vateriana non offre nessun indizio di pancreatite, per quanto la iniettabilità dell'ampolla di Vater (Lindblom) non sempre, secondo noi, sia riferibile a processi che la ledono più o meno gravemente nella sua integrità, ma possa essere ricondotta anche a fattori funzionali, quali, forse, la dilatazione attiva per variazioni spontanee di tono (Viviani). Non abbiamo, infine, segni radiologici di sofferenza collaterale degli organi circostanti (periduodenite, pericolecistite, peripilorite, in genere periviscerite).

Dopo quanto si è detto, possiamo concludere per l'esistenza nel nostro malato di una pancreatite cronica, in base a segni clinici e funzionali; essa realizza una forma mista, in parte cioè dispeptica, in parte e prevalentemente, diabetica. È probabile che sia rimasta a lungo latente, come non raramente accade di constatare.

Un ultimo quesito dobbiamo qui porci: ci troviamo di fronte ad una vera pancreatite cronica o ad insufficienza pancreatica, senza base anatomica? La nozione dell'*ipopancreatismo* da cause funzionali non è in pratica considerata a sufficienza, essendo sempre implicita l'idea in questi casi di un processo flogistico della ghiandola. Orbene, dati i rapporti di causalità morbosa fra colecisti e pancreas, nessuna meraviglia se, in casi di colecistite calcolosa, per es., si abbiano per via riflessa disturbi di secrezione del pancreas. Tale fu il nostro pensiero in un colecistitico cronico, che feci stu-

diare qualche anno fa dal prof. Gherardini e nel quale, subito dopo l'atto operatorio compiuto dal prof. Nigrisoli, si vide scomparire ogni segno di patimento del pancreas. Sfortunatamente la diagnosi di ipopancreatismo non potrà essere che di probabilità, essendo impossibile differenziare tali casi da una vera pancreatite cronica, senza il controllo del reperto anatomico: interessante tuttavia è che si pensi a tale possibilità. Dello stato disfunzionale opposto, l'iperpancreatismo si è occupato il Pari.

*
* *

Qual'è l'eziopatogenesi dell'affezione pancreatica in questo nostro caso? Come sapete, essa è ancora molto discussa ed avvolta da incertezze e non poche imprecisioni. I fattori eziologici invocati per la genesi dei processi pancreatitici cronici sono indubbiamente molteplici; fra essi ricordiamo le intossicazioni croniche, le infezioni acute ematogene, le infezioni croniche specifiche (lue e tubercolosi), infine, secondo alcuni, un'infiammazione primitiva del pancreas (Calzavara). Quasi tutti i casi peraltro risultano secondari a malattie degli organi addominali vicini. Come per la necrosi acuta, l'elemento eziologico più frequente della pancreatite cronica è rappresentato dall'ulcera gastro-duodenale per approfondamento dell'ulcera nel tessuto pancreatico, e soprattutto dalle affezioni delle vie biliari, particolarmente la colecistite calcolosa o non.

Senza che sia lecito pertanto di affermare, in base ai dati statistici recenti, l'esistenza di un sicuro legame causale fra colecistite e pancreatite, e senza voler giungere a discutere gli elementi in pro e contro della precedenza cronologica delle lesioni biliari, è certo che i dati statistici confortano l'ipotesi di una *vera e propria simpatia patologica fra i due organi*. Il mio assistente dott. Casanova ha compiuto qualche anno fa uno studio statistico sul materiale autopsico e clinico osservato a Bologna nell'ultimo ventennio, diretto ad approfondire le conoscenze di rapporti eziopatogenetici fra affezioni delle vie biliari e cirrosi atrofica del fegato da un lato e pancreatite dall'altro, nonchè ad indagare sulla frequenza delle affezioni pancreatiche nella regione. Da tale studio, che verte su 4236 casi di autopsia, a parte la rarità assoluta di processi di pancreatite acuta e cronica (considerati in blocco 2,17 %), è risultato che il fattore eziologico più frequente è costituito dalla colecistite semplice o calcolosa, in genere dall'infiammazione delle vie biliari e dai processi di cirrosi alcoolica del fegato. Non si dimentichi però che spesso le tumefazioni cefaliche constatate palpatoriamente dal chirurgo in casi di colecistite, non sempre sono da attribuirsi a vere e proprie sofferenze pancreatiche, ma a tumefazione delle linfoghiandole regionali.

Si comprende, comunque, come da queste stazioni il processo infiammatorio possa diffondersi al tessuto interstiziale del pancreas e provocarvi quelle alterazioni, che sono caratteristiche della malattia. È infine da ricordare che bisogna essere molto cauti ad ammettere vere e proprie pancreatiti croniche primitive, non essendo possibile in questi casi escludere che l'apparente primitività dipenda piuttosto dalla scarsezza delle lesioni causali e dalla insufficienza delle ricerche in ogni caso applicate.

Tornando ora al nostro infermo, risulta chiaro che la colecistite sia un fattore causale della pancreatite. In una recentissima pubblicazione del Rossi è detto che « quando si sia affermata l'esistenza di lesioni pancreatiche concomitanti ad una affezione delle vie biliari o ad un'ulcera gastro-duodenale, si è affermata una piccola parte della verità, non tutta la verità, data l'esistenza di un gruppo di affezioni croniche intestinali, le quali, indipendentemente dalle affezioni ricordate, sono capaci di accendere una flogosi pancreatica ». L'A., infatti, ha potuto osservare in numerosi casi di S. A. D., siano essi S. A. D. semplici o S. A. D. con ulcera o S. A. D. con colecistite, un'alterazione della funzione interna ed esterna del pancreas in una percentuale del 50 % dei casi. Tali risultati verrebbero senz'altro ad appoggiare la concezione del Leotta, il quale « svincola la pancreatite cronica dall'ulcera e dalla colecistite per riportarla alla S. A. D. In altre parole una buona parte delle pancreatiti croniche riconoscerebbe, come fattore causale, quello stesso che rappresenta la base eziologica della S. A. D. (appendicite in atto o pregressa); anche nei casi, nei quali all'ulcera ed alla colecistite si accompagna la pancreatite, essa non rappresenterebbe una successione morbosa di queste ultime, ma, al pari di esse, una particolare localizzazione della S. A. D. ». Secondo il Leotta, le vie seguite dall'infezione sarebbero ora la linfatica, ora l'ematica, la via di continuità, l'epiploica. La prima sarebbe fra tutte la più frequente, data la ricchezza delle vie linfatiche, le quali, decorrendo con i vasi mesenterici superiori, collegano i linfatici dell'angolo ileo-colico con le linfoghiandole pancreatiche inferiori.

Nel caso nostro, varî fattori eziologici bisogna invocare per la pancreatite cronica: accanto alla predisposizione ereditaria e ad un fattore tossico (alcoolismo), sta la colecistite cronica, mentre fanno difetto dal lato clinico e radiologico ogni segno di periduodenite e di patimento dell'appendice. Mancano, infine, elementi per incolpare un'infezione tubercolare o sifilitica o le pregresse ripetute infezioni cadaveriche, contratte dal nostro paziente.

Quale prognosi dovremo esprimere di fronte a questo caso? Essa naturalmente deve essere fondata da un lato sulla entità del disordine funzionale e sulla precocità del risentimento generale, dall'altro sulla possibilità di intervenire con misure sufficienti ad influire sui fattori genetici del processo morboso. Non dimen-

tichiamo che, di fronte a un pancreatitico cronico, dobbiamo considerare che le lesioni sono capaci di oscillazioni, di mutabilità, nonchè regredibili; ma qui, accanto ad esse, stanno sicuramente delle lesioni anatomiche, le quali, stabilitesi lentamente per molteplici fattori, come si è detto, non sono, secondo noi, capaci di regressioni sensibili; e sono esse che, accanto al grave deperimento generale progressivo ed alla serietà del disordine funzionale, impongono una prognosi severa.

Quale cura suggeriremo? La terapia medica innanzitutto, la quale deve rispondere fondamentalmente a norme dietetiche ed a tentativi di cure sostitutive. Dobbiamo, d'altra parte, affermare che i migliori vantaggi nelle pancreatiti croniche sono riservati all'opera del chirurgo, a cui è concesso molte volte di allontanare i primitivi momenti causali della malattia. Purtroppo però la lesione pancreatica è qui estesa e lo stato generale dell'infermo non ci consente di proporre un intervento.

Devesi, pertanto, tenere a mente che non tutte le forme di pancreatite, anche lievi, guariscono dopo l'atto operatorio, ad onta di un miglioramento del p. nel peso corporeo e nello stato generale. Possono rimanere a lungo i segni di insufficienza funzionale dell'organo, senza dire poi che i criterî, di cui ci serviamo per giudicare della evoluzione delle pancreatiti croniche operate, sono troppo grossolani ed insufficienti. Donde si impone la necessità di studiare più da vicino ed a lungo e con criterî più razionali e più fini il decorso post-operatorio dei pancreatitici cronici. Tale decorso post-operatorio di un caso di pancreatite cronica secondaria, da noi osservato qualche anno fa, viene a confermare la fondatezza di tali considerazioni.

I recenti, notevoli contributi nel campo della patologia del pancreas, sopratutto quelli che si riferiscono all'indagine funzionale, ci aprono oggi nuove vie, ci prospettano nuovi indirizzi, le cui applicazioni al letto dell'ammalato potranno fornire, io lo spero, in un non lontano avvenire le basi, su cui il medico pratico potrà stabilire, caso per caso, nei proprî pancreatitici, un sicuro giudizio pronostico.

LAVORI ORIGINALI

Istituto « Benito Mussolini »
Clinica delle Malattie Respiratorie
della R. Università di Roma
Direttore: On. Prof. E. Morelli.
Vice-direttore: A. Omodei-Zorini.

Le modificazioni del reperto ascoltatorio del polmone sotto l'influenza di sostanze ad azione vagosimpatica.

Dott. L. Katzilambros (Atene), assist. interno.

Si ritiene oggi generalmente che il rumore respiratorio del polmone normale sia la risultante di due fattori, uno bronchiale e l'altro vescicolare. Il rumore bronchiale è prodotto dal passaggio dell'aria attraverso la glottide, mentre il murmure vescicolare è determinato dal passaggio dell'aria attraverso i fini bronchiali nello spazio più largo degli alveoli.

Le note esperienze di Bondet e Chauveau (1) messe in luce da Rist (2) e Sergent (3) hanno chiaramente dimostrato questa particolare modalità di origine del rumore respiratorio, ed in più hanno messo in evidenza che il respiro vescicolare è sotto una certa dipendenza del vago, poichè questi AA. tagliando i vaghi del collo in un coniglio, hanno rilevato la scomparsa del murmure vescicolare normale.

Santenoise, Le Grand e Vidacovitsch (4) hanno dimostrato che iniettando ad individui affetti da diverse forme di psicosi delle sostanze ad azione vagosimpatica (atropina, pilocarpina ecc.) si ottiene una modificazione sensibilissima del murmure vescicolare.

Partendo da queste ricerche e conquiste fisiologiche noi abbiamo (5) studiato l'azione di queste sostanze sui soffi anorganici (cardiopolmonari) del cuore dimostrando che anche nei soggetti normali si ottiene la comparsa dei soffi anorganici con inalazione di nitrito di amile, iniezioni di adrenalina, atropina ecc. D'altra parte i soffi anorganici spontanei del cuore scompaiono sotto l'azione di sostanze che stimolano il parasimpatico (pilocarpina, eserina ecc.). Queste ricerche hanno dimostrato la importanza che ha il sistema neuro-vegetativo nella genesi dei soffi cardiopolmonari i quali sono in rapporto col tono dei muscoli bronchiali di Reissessen. Nel corso di queste ricerche abbiamo confermato i risultati precitati dello Santenoise e allievi sulle modificazioni del respiro vescicolare normale e sopratutto fu notata l'apparizione del respiro interciso intorno al cuore ed ai vasi.

Nell'Istituto B. Mussolini, noi abbiamo studiato l'azione di queste sostanze vagosimpatiche negli infermi di tbc. polmonare notando le modificazioni del respiro (r. aspro, interciso, bronchiale ecc.).

A) *Respiro interciso*. — Molte volte nelle regioni polmonari sospette con ipofonesi e respiro affievolito senza rumori aggiunti dopo l'inalazione di nitrito di amile e sopratutto dopo iniezione di eserina (1-2 mmg.) si produce il fenomeno del respiro interciso, dimostrando che in queste regioni esistono lesioni anatomiche e disturbi funzionali con maggiore sensibilità alle sostanze broncospasmogene. Questi risultati confermano il concetto (Forlanini-Morelli) dell'origine broncospastica del respiro interciso.

B) *Nei casi di respiro affievolito dell'apice* nei soggetti a tipo astenico l'inalazione del nitrito di amile o iniezione di eserina provocano un respiro polmonare normale e dimostrano la integrità del tessuto polmonare.

C) *Soffi bronchiali*. — Dopo l'iniezione di eserina o inalazione di nitrito di amile compare aumento dell'intensità del soffio bronchiale. Seguendo la teoria classica della genesi dei soffi bronchiali non può essere spiegato questo aumento del soffio, perchè secondo Bondet, Rist, Sergent, il soffio bronchiale non è che la trasmissione del rumore della glottide.

I nostri risultati dimostrano in più l'intervento anche dei rami dell'albero bronchiale per la genesi di questi soffi. Dal punto di vista pratico queste modificazioni dei caratteri dei soffi dopo l'inalazione del nitrito di amile hanno una non trascurabile importanza.

Questi risultati che abbiamo potuto controllare su buon numero di infermi, possono acquistare una non trascurabile importanza pratica nei casi di infezione polmonare con reperto ascoltatorio scarso; la ricerca delle modificazioni localizzate del respiro sotto l'azione di sostanze vegosimpatiche (nitrito di amile, pilocarpina, eserina ecc.) può in casi del genere essere utile contribuendo così a risolvere dei dubbi diagnostici.

*
* *

Sento la necessità di dover ringraziare il Prof. Luzzatto Fegiz per gli aiuti ed i consigli di cui mi fu largo nella esecuzione di queste ricerche.

RIASSUNTO.

L'A. ha potuto rilevare che sotto l'azione di farmaci che esplicano azione stimolante del parasimpatico, si mettono in evidenza, negli infermi di tubercolosi polmonare, alterazioni circoscritte del respiro (intercisione, asprezza, s. bronchiale ecc.) le quali dimostrano in sede di lesioni clinicamente mute, una alterazione latente della funzionalità bronco-polmonare.

Tali prove possono, in qualche caso di difficile interpretazione semeiologica, avere una notevole importanza pratica.

BIBLIOGRAFIA.

(1) BONDET et CHAUVEAU, 13, 1876, Lyon.
(2) RIST. Annales de Médecine, 1921-1922.
(3) SERGENT. *L'auscultation pulmonaire*. Pratique Médicale illustrée, 1926.
(4) SANTENOISE LE GRANT et VIDACOVITSCH. Société de Psichiatrie, Paris, 1926.
(5) KATZILABROS L. *Ueber die Anorganischen Herzgeraüche*. Medizinische Welt, 10 sept. 1932.
(6) KATZILABROS L. Fortschritte... Roentgensfrallen, settembre 1933.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.
OSPEDALE DEL LITTORIO - PADIGLIONE MORGAGNI.
Primario: Prof. C. ANTONUCCI.

Sulla patogenesi e sulla cura delle cefalee che seguono la rachianestesia.

Dott. GAETANO ZAPPALÀ, assistente.

(*Continuazione e fine; v. num. precedente*).

Per 2 anni circa, nel pad. Morgagni diretto dal prof. Antonucci, ho seguito nel loro decorso, e trattato personalmente un grande numero di cefalee da R. A.

Su un migliaio di R. A. eseguite in questo periodo di tempo, la cefalea si è presentata nel 10 % degli operati. In questa percentuale non sono compresi i lievi mal di capo che quasi tutti gli operati avvertono dopo un'operazione.

La R. A. è stata eseguita con tutocaina (ctg. 4) e adrenalina.

La cefalea nel maggior numero dei casi è stata lieve, in altri casi più forte, fino a raggiungere in alcuni infermi una intensità notevolissima.

In questi ultimi la cefalea era frontale, o fronto occipitale, gravativa, penosa, esasperante. Ad essa talvolta si sono aggiunti vomito, rachialgia, nausea, rigidità nucale, aumento della temperatura.

La cefalea è comparsa generalmente in 2ª-3ª giornata di operazione. Essa ha avuto una durata media di 2-3 giorni; in alcuni rari casi la durata è stata di 7-8 giorni. Due dei nostri pazienti si sono ripresentati dopo due mesi ac-

cusando una persistente forte cefalea, che non era mai cessata, dal suo insorgere, 2 giorni dopo la R. A.

Uno dei pazienti, era sicuramente affetto da Lues.

Il tipo di cefalea dominante è stato quello da ipotensione. Questo carattere è stato desunto sia dai sintomi clinici sopra ricordati, sia in un piccolo numero di casi, dalla misurazione diretta della pressione del liquor mediante puntura lombare.

Cefalea da ritenersi sicuramente dovuta ad irritazione meningea, l'abbiamo osservata solamente in un infermo; viceversa abbiamo avuto occasione di osservare delle modificazioni notevoli del liquor, senza che a ciò corrispondesse alcun disturbo, come nel caso che riferiamo.

Caso I. — T. Mario, a. 52. Esame del liquor prima dell'operazione: albumina 0,20 ‰. Zucchero 0,70 ‰. Elementi leucocitari normali.

Rachianestesia con tutocaina (4 ctg.) e adrenalina 1 mgr.

Operazione: ernia inguinale destra.

Dopo 24 ore: puntura lombare; pressione del liquor normale.

Liquor torbidissimo quasi lattiginoso.

Albumina 0,70 ‰. Glucosio 1,10 ‰.

Esame del sedimento: numerosissimi leucociti e linfociti.

Decorso post-operatorio: normale.

La Wassermann eseguita prima dell'uscita dall'ospedale era negativa.

Anche la ipertensione è stata raramente causa delle cefalee da noi osservate. Su 16 casi di cefalea intensissima in cui noi abbiamo potuto controllare la pressione del liquor, solo una volta abbiamo trovato una ipertensione quale causa del disturbo.

Caso II. — R. Italo. Rachianestesia con tutocaina e adrenalina.

Operazione: resezione gastrica per ulcera.

Cinque giorni dopo l'operazione compare cefalea fortissima che si esacerba con la posizione supina.

La puntura lombare mostra una pressione di 50 al Claude.

Si estraggono 30 cmc. di liquor. La pressione scende a 20 e la cefalea scompare.

Dopo alcuni giorni si ripresenta intensissima. Nuova puntura lombare: pressione 80.

In tutti gli altri casi da noi osservati si trattava di cefalea da ipotensione. Nei casi controllati con puntura lombare l'ipotensione si è trovata in 15 casi su 16.

Alla cura di questo tipo di cefalea, noi abbiamo specialmente rivolto la nostra attenzione applicando di volta in volta tutti i rimedi proposti per combattere il disturbo.

La caffeina, che noi abbiamo somministrato sotto forma di iniezioni sottocutanee (ctgr. 10) non è stata di grande utilità e così pure la teobromina. La caffeina ha dato qualche volta degli effetti transitori. Però ripetendo le iniezioni più volte, si è riusciti a far superare agli infermi il periodo dei 7-8 giorni che la cefalea dura.

L'efedrina e l'adrenofedrina ha prodotto nei nostri malati (20) un effetto lieve e passeggero (2-4 ore).

Il Gynergen che abbiamo sperimentato su 10 casi ha dato solamente in 3 uno scarsissimo effetto benefico. Negli altri infermi ha avuto un effetto nullo.

La borsa calda sul capo e la posizione supina a testa molto bassa sono state in molti casi di notevole utilità. I malati, operati da poco, tollerano però mal volentieri la posizione e chiedono insistentemente di essere sollevati.

Il metodo di Leriche che noi abbiamo eseguito 10 volte si è mostrato efficace ma di effetto transitorio.

Poco dopo l'iniezione endovenosa (5-10 m') la cefalea cessava generalmente in maniera completa, procurando un gran sollievo all'infermo. Nei nostri casi l'effetto di ciascuna iniezione (40 cmc.) ha avuto una durata media di 6-7 ore. La cessazione della cefalea dopo una sola iniezione non è stata mai definitiva.

Il metodo di Leriche si è mostrato efficace anche in quei casi che precedentemente non avevano risentito alcun effetto dagli altri rimedii (efedrina, gynergen, ecc.).

Come si vede tutti i rimedi sopra ricordati, hanno un'effetto più o meno transitorio, in maniera che nei non rari casi di cefalea intensa, penosa, insopportabile, ci si trova spesso nella impossibilità di soccorrere gli infermi.

Per combattere queste forme di cefalea grave noi ci siamo serviti delle iniezioni endorachide di soluzione di glucosio, proposte da Biancalana.

Il metodo ha mostrato però nella forma proposta dall'A. degli inconvenienti a volta gravi, per cui dopo averlo in un primo tempo abbandonato lo abbiamo ripreso, ma notevolmente modificato.

Abbiamo proceduto nella seguente maniera:

In una prima serie di casi ci siamo serviti per rialzare la pressione del liquor, della soluzione di glucosio al 20 %.

Caso III. — P. M. Rachianestesia con tutocaina e adrenalina.

Annessectomia. In 2ª giornata compare cefalea intensissima ribelle ai comuni rimedi. In 4ª gior-

nata persistendo fortissimo il disturbo si pratica la puntura lombare.
La pressione del liquor al Claude segna 10.
Si iniettano, come consiglia Biancalana, 5 cmc. di sol. glucosata al 20 %. La cefalea dopo la puntura scompare. La sera, però si ripresenta, accompagnata da lieve elevazione della temperatura (37°,8). La cefalea non ha gli stessi caratteri di quella precedente. Non è influenzata dal cambiamento di posizione.
L'inferma ha il volto arrossato, congesto, ed avverte insieme alla cefalea, un senso di tensione al capo.

CASO IV. — S. G. Rachianestesia. Appendicectomia.
In 3ª giornata, cefalea intensa. In 4ª giornata si pratica la puntura lombare. Pressione del liquor 16.
Si iniettano 5 cmc. di sol. al 20 %.
La cefalea cessa quasi subito, ma ricompare dopo alcune ore. Anche qui la cefalea ha cambiato carattere e si è accompagnata ad elevazione febbrile (38°) ed a vomito.

Come si vede in questi primi due casi l'effetto della puntura lombare con iniezione di glucosio al 20 % non è stato quello desiderato. Infatti sebbene la cefalea sia cessata quasi subito dopo la puntura, è ricomparsa, accompagnata da febbre e vomito.

Noi interpretammo la scomparsa rapida della cefalea come dovuta all'aumento di pressione endorachidea, notevolmente bassa. La febbre ed il vomito attribuimmo ad una irritazione meningea, dovuta alla soluzione di glucosio troppo concentrata. Una controprova alla nostra ipotesi veniva data in seguito dal caso seguente:

CASO V. — Una giovane inferma si era presentata alla nostra osservazione con disturbi vari della motilità e della sensibilità degli arti inferiori.
Si credette opportuno praticare una puntura lombare allo scopo di prelevare del liquor per gli opportuni esami di laboratorio.
La pressione del liquor piuttosto bassa, consigliò di sostituire il liquor con 10 cmc. di soluzione glucosata al 20 % allo scopo di riportare al livello primitivo la pressione.
Dopo 3 ore circa la paziente fu colta da febbre piuttosto alta (39°), conati di vomito, cefalea intensa, che durò circa 48 ore.

Per questa ed altre considerazioni, sostituimmo alla soluzione al 20 % una a concentrazione minore (5 %).

CASO VI. — B. A. Rachianestesia. Osteotomia.
In 3ª giornata compare cefalea intensa. In 4ª giornata si pratica la puntura lombare.
Pressione al Claude 15. Si iniettano 5 cmc. di soluzione glucosata al 5 %.
La cefalea cessa completamente. Ricompare dopo 6 ore, ma molto attenuata.

CASO VII. — G. G. Rachianestesia. Fistola anale.
In 2ª e 3ª giornata cefalea.
Si pratica la puntura lombare. La pressione è di 8.
Si iniettano 10 cmc. di soluzione glucosata al 5 %.
La cefalea cessa subito, ma si ripresenta dopo 7 ore violentissima, con febbre alta (40°).

Anche in questi due casi, alla scomparsa della cefalea poco dopo la puntura lombare, seguiva un ripresentarsi del disturbo violentissimo, con febbre.

Pensammo perciò di diminuire ancora la concentrazione della sol. glucosata.

CASO VIII. — L. U. Rachianestesia. Ernia inguinale.
Il giorno dopo l'operazione cefalea intensa.
La puntura lombare mostra una pressione di 16.
Si inietta lentamente una sol. glucosata all'1 %.
Durante l'iniezione la cefalea cessa. Il manometro segna 22.
Si sono iniettati 7 cmc. di soluzione. La cefalea non ricompare più.

CASO IX. — O. V. Rachianestesia. Colecistectomia.
In 3ª giornata cefalea intensa.
La puntura lombare dà una pressione di 10.
Si inietta lentamente la sol. glucosata all'1 %.
Durante l'iniezione la cefalea cessa. La pressione è 23.
Si sono iniettati 5 cmc. di soluzione.

CASO X. — G. I. Rachianestesia. Appendicectomia.
In 4ª giornata cefalea intensissima.
Pressione iniziale 10. Durante la puntura la cefalea cessa.
Pressione terminale 20. Si sono iniettati 20 cmc. di soluzione all'1 %.

CASO XI. — A. A. Rachianestesia. Appendicectomia.
In 4ª giornata cefalea, vomito.
P. I. 8; si inietta lentamente la soluzione glucosata al 1/2 %.
Durante l'iniezione la cefalea cessa.
P. T. 20. Si sono iniettati 18 cmc. di soluzione.

CASO XII. — R. J. Rachianestesia. Appendicectomia.
In 3ª giornata cefalea intensa.
P. I. 4. Durante l'iniezione la cefalea cessa quasi completamente.
P. T. 21; si sono iniettati 23 cmc. di soluzione.

CASO XIII. — N. P. Rachianestesia. Isterectomia.
In 4ª giornata cefalea intensa. Si esegue la puntura lombare.
Il manometro non segna alcuna pressione.
Si comincia ad iniettare la soluzione glucosata al 1/2 %.
La cefalea cessa durante l'iniezione. P. T. 21.
Si sono iniettati 32 cmc. di soluzione.

CASO XIV. — V. I. Rachianestesia. Gastroenterostomia.
In 4ª giornata cefalea violentissima.
Puntura lombare. Pressione 8.
Si inietta la sol. glucosata al 1/2 %.
Durante l'iniezione la cefalea cessa quasi del tutto. P. T. 23.
Si sono iniettati 15 cmc. di soluzione.

CASO XV. — D. A. Rachianestesia. Annessectomia D.
In 4ª giornata cefalea intensa.
Puntura lombare: pressione 10.
Si inietta la soluzione glucosata al 1/2 %.
La cefalea cessa. P. T. 21.
Si sono iniettati 13 cmc. di soluzione.

Per brevità non trascriviamo gli altri casi personali, e tre casi di cefalea intensissima da R. A. curati con questo metodo dal dott. Ugelli al pad. Flaiani, con risultato ottimo.

In conclusione quindi l'iniezione endorachidea di una soluzione glucosata all'1 % si è mostrata la più adatta a fare scomparire definitivamente la cefalea da R. A.

Come si vede in quest'ultima serie di casi noi non abbiamo iniettato una quantità di liquido a caso. Noi abbiamo fatto precedere all'iniezione la misurazione della pressione la quale ci ha mostrato sempre dei valori molto bassi. Indi abbiamo cominciato ad iniettare lentamente la soluzione invitando l'infermo ad informarci sulle eventuali modificazioni di intensità della cefalea.

Generalmente questa è scomparsa dopo l'introduzione di una certa quantità di liquido, durante la puntura stessa.

Gli ammalati affermavano a questo punto che il loro mal di testa era scomparso. Sospendevamo allora l'iniezione, ricontrollavamo la pressione e toglievamo l'ago.

La pressione terminale, corrispondente alla scomparsa della cefalea, si è aggirata sempre intorno a 20-23.

Questi risultati che sembrano la più chiara dimostrazione dell'importanza eziopatogenetica della diminuzione della pressione del liquor nel produrre le cefalee secondarie a R. A. ci hanno indotto ad alcune considerazioni.

Un primo punto da mettere in evidenza è questo:

La cefalea che si accompagna ad ipotensione, talvolta notevolissima, del liquor cessa istantaneamente appena s'innalza la pressione del liquor. La scomparsa del disturbo avviene durante l'iniezione stessa e quando la pressione al Claude è di 20-23 circa.

La cefalea cessa definitivamente. Questo è il punto fondamentale delle nostre osservazioni.

Con altri metodi infatti, noi possiamo innalzare la pressione del liquor abbassata (abbiamo visto come il metodo di Leriche corrisponda molto bene allo scopo), ma solo transitoriamente.

Come mai allora l'innalzamento della pressione ottenuto in via indiretta (Leriche) è passeggero, mentre quello ottenuto per iniezione diretta di sol. glucosata è duraturo?

Evidentemente la differenza sta in questo: che nel primo caso si ottiene solamente un ritorno al normale della pressione abbassata, mentre persiste la causa della diminuita secrezione del liquor, che produce ipotensione. Nel secondo caso, non solo si innalza la pressione del liquor, ma si rinnova anche la causa della ipotensione. Io credo che solo lo studio della patogenesi del disturbo possa chiarire i termini della questione.

Intanto cominciamo col fare notare come la teoria di Leriche, della fuga secondaria del liquor attraverso il foro della puntura, male si concilii con i dati di fatto delle nostre esperienze, in cui la cefalea scompare dopo altra puntura lombare.

Non c'è bisogno di insistere su questo dato: noi crediamo che l'ipotesi di Leriche sia senz'altro da rigettarsi.

Kuttner infatti ha notato che il liquor si sostituisce con grandissima facilità (esperienze sugli animali).

Inoltre l'A. fa notare come ferite del cranio possano dare uno sgocciolio di 150-200 cmc. di liquor senza fastidio per l'ammalato. L'ipotensione prolungata del liquido cefalo-rachideo, consecutiva alla rachianestesia sembra legata il più spesso ad un fenomeno di inibizione riflessa di secrezione corioidea, dovuto ad uno squilibrio funzionale dei centri.

È molto probabile quindi che il ristabilimento duraturo della pressione del liquor dopo iniezioni di soluzioni glucosate, sia dovuto alla cessazione della inibizione riflessa dei plessi corioidei, ottenuta per mezzo dell'azione lievemente irritante del glucosio.

Questo infatti in soluzione concentrata ha un'azione fortemente irritante sulle meningi e sui plessi corioidei (casi 1°-4°) fino a produrre cefalea intensa, vomito, febbre. In soluzione leggera 1/2-1 % ha un'azione irritante lieve, utilizzabile per un'eccitazione alla secrezione dei plessi corioidei, quando la funzione di questi sia transitoriamente inibita.

CONCLUSIONI.

Lo studio clinico di circa 100 casi di cefalee secondarie a R. A. ci ha mostrato che nel maggior numero di casi il disturbo è connesso con una ipotensione del liquor.

I rimedi, quindi, proposti per la cura di questo tipo di cefalea, si propongono tutti di riportare al normale la pressione cefalo-rachidea anormalmente bassa.

Solo alcuni dei rimedi, fino ad ora, erano riusciti nello scopo, e solo transitoriamente. Così che nei casi non rari di cefalea intensissima, esasperante, noi non avevamo nessun mezzo per combatterla. Ciò dipendeva dal fatto che i mezzi terapeutici proposti erano solamente sintomatici, curavamo cioè a dire l'ipotensione in sè stessa, senza influire sulla causa che aveva determinato la inibizione alla secrezione dei plessi corioidei.

Questi casi gravi di cefalea, possono essere guariti con metodo da noi adoperato e consistente in una iniezione endorachidea di una soluzione glucosata all'1 %. L'azione massiva del liquido iniettato riporta subito la pressione al livello normale e fa scomparire la cefalea, mentre la piccola quantità di glucosio, ad una concentrazione circa 12 volte superiore a quella normale del liquor, esercita un'azione lievemente irritante sui plessi corioidei, e rimuove la inibizione riflessa transitoria di questa, alla secrezione del liquor.

Questo fenomeno è analogo a quanto succede in altri organi, per es. rene, in cui una inibizione riflessa, con anuria, può essere rimossa con iniezione di sali di mercurio, che irritando leggermente gli epitelii renali ripristinano la secrezione dell'urina.

Le soluzioni concentrate al 5 % ed al 20 % sono da abbandonarsi per la loro azione intensa, che porta nel maggior numero dei casi ad una irritazione meningea.

I risultati della terapia possono portare ad alcune considerazioni anche sulla patogenesi di questo disturbo.

La ipotesi di Leriche infatti, della fuga secondaria del liquor dal foro di puntura, come causa dell'ipotensione, non è più sostenibile. Una seconda puntura lombare, infatti con un secondo foro, dovrebbe aggravare il disturbo, non farlo scomparire definitivamente come nei casi nostri.

L'ipotesi invece della inibizione riflessa dei plessi corioidei appare confermata anche dalle nostre ricerche.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato numerosi casi di cefalea secondaria a R. A. eseguita con la tutocaina e adrenalina.

Egli ha trovato che nel maggior numero dei casi, la cefalea si accompagna ad ipotensione notevolissima del liquor.

Egli ha sperimentato tutti i rimedi proposti per combattere l'ipotensione causa della cefalea e li ha trovati di effetto transitorio.

Per casi gravi, intollerabili, e prolungati egli propone l'iniezione endorachidea di una soluzione di glucosio all'1 % fino a scomparsa della cefalea.

Generalmente, infatti, questa scompare durante l'iniezione, e quando il Claude segna una pressione di 21-23.

Secondo l'A. l'azione massiva del liquido iniettato fa scomparire subito la ipotensione e quindi la cefalea, mentre l'azione lievemente irritante del glucosio sui plessi corioidei toglie l'inibizione transitoria di questi alla secrezione del liquor.

L'inibizione riflessa dei plessi corioidei è per l'A. la vera causa della ipotensione.

BIBLIOGRAFIA.

TARGOWLA e LAMACHE. *L'action de la théobrominne sur la sécrétion du liquide céphalo-rachidien.* Paris médical, 8 gennaio 1927, n. 2, pag. 46.

RISER et RAJMOND SOREL. *Etude sur la circulation cérébrale, comparaison des techniques, l'observation directe en milieu clos.* La Presse Médicale, n 64, 1930.

RIVOIR. *La Rachianésthésie controlable par la Spniocaine.* Ibid., n. 8, 1930.

G. PITKIN. *Controlable spinial anesthesia.* Journ. of Medical Society of New Jersey, 1927; American Journal of Surgery, dic. 1928; *Spinocain the controlable spinial anestetic.* The Lancet, n. 3578, 3 août 1929.

LABAT. *Elimination of danger of spinial anesthesia.* The Journal of Americ. Med. Assoc., n. 88, pag. 1135, 1927.

STEPHANOVITCH. *Le liquide céphalo-rachidien après la rachianésthésie.* La Presse Médicale, n. 94, 1928.

PLACITELLI. Policlinico, Sez. Pratica, n. 24, 1931.

GIORDANENGO G. Policlinico, Sez. Pratica, n. 16, 20 aprile 1931.

JONNESCO. *La Rachianesthésie Générale.* Masson, 1919.

FORGUE e BASSET. *La Rachianesthésie.* Masson, 1930.

BIANCALANA. *Sulla patogenesi e sul trattamento dei disturbi più comuni che seguono la rachianestesia.* Minerva Medica, marzo 1931.

ARNAUD et CREMIEUX. *Céphalée persistante après R. A. à la syncaine.* Soc. Chir. Marseille, séance du 15 novembre 1925; *A propos des céphalées secondaires de la R. A.* Marseille Méd., 1927; *A propos de l'anesthésie rachidienne.* Presse Médicale, n. 32, 1928.

VITALE A. Accademia Lancisiana di Roma, 20 marzo 1931.

TARGDWLA e LAMACHE. *Les accidents de la fonction lombaire et leur traitement.* La Pratique médicale française, mai 1927 (B), n. 5-bis, pag. 187; *Les accidents de la ponction lombaire.* Annales de médecine, octobre 1927, t. XXII, n. 3, p. 34.

LERICHE RENÉ. *De quelques faits utiles a connaître pour la pratique de l'anesthésie rachidienne.* La Presse Médicale, n. 15, 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale Civile in Tregnago (Verona).
Reparto Chirurgico
diretto dal dott. E. Fiorini.

Paraplegia in scoliotico.

Dott. E. Fiorini.

Accettata da prima con riserve si è andata sempre più affermando quella forma clinica di compressione del midollo spinale a patogenesi non ancora ben chiara e che, sviluppatasi su individui portatori di una scoliosi congenita o rachitica, non trova la sua giustificazione etiologica in una coesistente forma morbosa stabilitasi sul rachide scoliotico o sul suo contenuto.

Si tratta, precisamente, di individui affetti da scoliosi che, giunti al termine del secondo decennio senza mai accusare disturbi del midollo spinale, vengono più o meno rapidamente colti da una forma di paraplegia che per le sue caratteristiche, per il responso degli esami radiografici e di laboratorio e per il decorso non è identificabile con le paraplegie da cause più comuni.

Quale debba considerarsi l'origine di tale complicanza non è ancora stabilito. Una gibbosità, a meno che non si stabilisca in tempo relativamente breve, non è sufficiente di per sè stessa a determinare compressione. Nei cifoscoliotici rachitici e tanto meno in quelli congeniti il midollo spinale ha tutto il tempo per adattarsi alla deformazione della colonna vertebrale. Le ricerche di Nicoladoni, Leyden, Bauchmann, Jaroschy ecc., hanno dimostrato che nel canale midollare dei cifoscoliotici esistono delle notevoli ristrettezze senza che di necessità, conseguano compressioni midollari.

È perciò legittima la domanda perchè, in rari casi, la scogliosi determini compressione. Si pensa che in taluni scoliotici si manifesti, per un improvviso sviluppo corporeo, un disquilibrio fra la crescita di una dato segmento rachidiano e quella del corrispondente midollo spinale. Tale disquilibrio potrebbe avere come conseguenza, più che una lesione della sostanza nervosa stessa, un ostacolo alla circolazione venosa e linfatica con edema conseguente. Forse anche la dura madre non rimane estranea a questo disordinato sviluppo dei vari segmenti della colonna vertebrale; sono presumibili stiramenti di tale membrana capaci di provocare compressione.

La prima osservazione di scoliosi con paraplegia risale al Leyden che ne descrisse un caso nel 1874.

Viganò in uno studio recente ha raccolto, dalla letteratura mondiale, una quindicina di osservazioni e non tutte corredate di conferma operatoria e radiografica. Oltre ai casi raccolti dal Viganò è da ricordare quello descritto dal dott. Nicolis in *La Radiologia Medica*, anche questo, però, non controllato alla biopsia.

Non riteniamo, tuttavia, l'affezione così rara; molti casi sono certamente sfuggiti e sfuggono quotidianamente perchè non riconosciuti o non comunicati. Il caso che illustreremo può ritenersi clinicamente tipico; la diagnosi è stata confermata non soltanto dall'intervento ma anche dal decorso postoperatorio.

Z. Riccardo, di anni 20, contadino, celibe. Padre vivente e sano, madre emiplegica per apoplessia cerebrale. Quattro fratelli viventi e sani. Due morti in tenera età di malattia imprecisabile.

Il P. ha goduto sempre buona salute; nato con una spiccata scoliosi toracica non ha mai sofferto di disturbi che potessero far pensare ad uno stato di sofferenza del midollo spinale. Buon camminatore, lavorava nei campi; nessuna irregolarità alla minzione ne all'alvo. Nega la lue.

Fig. 1.

Da circa due mesi ha incominciato ad avvertire che il movimento degli arti inferiori era alquanto inceppato. Qualche settimana dopo, mentre camminava per istrada, s'accorse che le gambe non lo reggevano più per cui dovette farsi trasportare con un'automobile all'Ospedale di Verona dove venne accolto d'urgenza. Durante la degenza in quel reparto ospedaliero i disturbi si andarono progressivamente aggravando. La paraplegia divenne quasi completa. Insorse ritenzione delle urine e delle feci; seguì l'inevitabile cistite. La sensibilità tattile e successivamente quella termica si andarono indebolendo in corrispondenza degli arti inferiori. Si vennero formando piaghe da de-

cubito al dorso. Nel frattempo, per richiesta del Comune di nascita, venne trasferita nell'Ospedale di Tregnago.

Esame obiettivo: Discrete condizioni di nutrizione. Profondo stato di anemia. Sensorio ed intelligenza normali. Polso 83; temperatura massima 38°,5, minima 37°,4.

All'esame del torace notiamo gibbo posteriore spiccato da scoliosi del tratto dorsale della colonna vertebrale con apice a livello della VII ed VIII vertebra, con arco a raggio breve. Aumento del diametro trasverso della gabbia toracica e diminuzione del diametro verticale da corrispondente deformazione costale. Nulla di notevole alla percussione ed ascoltazione dell'apparato respiratorio tranne una zona corrispondente alla base destra dove il respiro appare un po' aspro.

Cuore nei limiti con itto nel V spazio. Toni deboli ma netti. Nulla di notevole a carico dell'addome; la regione lombare della colonna vertebrale mostra una curva di compenso in senso inverso a quella toracica con raggio ampio ed apice a livello della II e III. Nulla a carico dello scheletro degli arti.

Movimenti agli arti superiori normali; movimenti attivi agli arti inferiori limitatissimi per paresi spastica. Non esiste ipotrofia delle masse muscolari.

Posto il P. in posizione verticale egli non riesce a reggersi. Ritenzione delle urine. Coprostasi. Sensibilità tattile dolorifica e termica compromesse nel segmento inferiore fino all'ombellico. Notevole accentuazione dei riflessi tendinei con clono della rotula e del piede; riflesso cremasterico ed addominale debolissimo.

Babinski evidentissimo bilateralmente. Non evidenti il Mendel-Bechterew, Oppenheim, Besta. Nulla a carico dei nervi cranici; pupille normali ben reagenti; non strabismo, non nistagmo, non ptosi palpebrale. Eccitabilità muscolare faradica leggermente accentuata.

Esame delle urine: nulla di anormale.

Esame del liquor estratto nel segmento superiore alla scoliosi: Wassermann, Nonne-Appelt negative. Xantocromia, iperalbuminosi. Linfociti 0,3 per mm. cubo.

Esame del liquor estratto nel segmento inferiore alla scoliosi: manca l'iperalbuminosi e xantocromia. Linfociti 2 per mm. cubo.

Esame radiografico: nulla di notevole alla colonna cervicale. Nel segmento toracico notiamo un incurvamento scoliotico destro convesso, con apice corrispondente alla VII ed VIII d. a raggio corto, con segni di torsione delle vertebre verso destra (fig. 2). Nel segmento inferiore notiamo una scoliosi di compenso sinistro convessa di grado più leggero, con apice in corrispondenza della II e III lombare. La individulizzazione dei singoli metameri vertebrali riesce particolarmente difficoltosa specie in corrispondenza dell'apice della scoliosi toracica. Qui sono rilevabili due emivertebre (VI d.) ed una vertebra soprannumeraria fra VII e VIII d. A tale vertebra corrisponde pure una costola soprannumeraria. Non sono identificabili processi di spondilite in atto o pregressa.

FIG. 2.

FIG. 3.

Vengono eseguiti radiogrammi previa iniezione endorachidiana, con puntura sottooccipitale, di olio iodato. Il liquido opaco si arresta definitivamente, con una propaggine assottigliata, a livello della VII emivertebra (fig. 3).

Si propone l'intervento che il P. accetta.

Atto operativo. Anestesia locale adreno-percai-

nica. Incisione sulle apofisi spinose lunga 20 cm. con punto medio sulla VI d. Denudazione degli archi vertebrali della III, IV, V, VI, VII d. Laminectomia definitiva di tali vertebre a livello del V e VI d. L'apertura del canale midollare riesce oltremodo laboriosa. Terminata l'asportazione degli archi vertebrali si incide e si scolla la dura madre per tutta l'estensione del segmento liberato. Accurata plastica delle parti molli.

Il P. viene rimesso a letto senza corsetto, in permanente decubito ventrale. Vengono iniziate subito le applicazioni elettriche ed i massaggi agli arti inferiori. Stricnina per bocca e sottocute a forti dosi.

Dopo un paio di settimane l'alvo e la minzione sono diventate normali; le piaghe da decubito appaiono quasi completamente cicatrizzate; scomparsa la febbre e rifiorite le condizioni generali.

FIG. 4.

Dopo un mese il P. può con gli arti inferiori eseguire movimenti attivi abbastanza estesi. Dopo cinquanta giorni, riesce a reggersi con l'aiuto delle stampelle. Dopo ottanta giorni compie i primi passi. Dopo tre mesi cammina liberamente senza bastoni Sono trascorsi quasi due anni dall'intervento operativo e la guarigione si è mantenuta perfetta (fig. 4).

Il caso esposto si può così riassumere: un giovane, scoliotico dalla nascita, viene quasi improvvisamente colto, all'età di diciannove anni, da manifestazioni di compressione del midollo spinale con paraplegia spastica, paralisi della vescica e del retto, disordini della sensibilità, piaghe distrofiche ecc.

Quale supposizione diagnostica dovevamo in tal caso prospettarci? Morbo di Pott in scoliotico congenito? Dobbiamo, anzitutto, notare che nei precedenti famigliari e morbosi del p. la tubercolosi poteva venire quasi sicuramente esclusa. L'inizio del male, inoltre, con scarse manifestazioni di irritazione delle radici nervose (precoci, invece e molto accentuate nella spondilite specifica) nonchè l'esame radiografico e l'esame obiettivo (che per quanto accurato e ripetuto non riuscì a rilevare punti squisitamente dolenti alla percussione delle apofisi spinose) ci allontanarono subito dal concetto di una tubercolosi del rachide in scoliotico. Molte di tali considerazioni possono servire anche alla diagnosi differenziale con le compressioni da tumori; è noto infatti che questi, se extramidollari, si rendono quasi sempre manifesti con sintomi radicolari a cui seguirono, soltanto in secondo tempo, quelli di compressione. Se il tumore invece ha sede intramidollare la diagnosi differenziale può incontrare, in un primo tempo, difficoltà non lievi; ma il tumore che colpisce da prima la sostanza grigia dà fenomeni inizialmente a carattere siringomielico con limite superiore non così netto come nelle paraplegie da scoliosi.

Esclusa senz'altro la sifilide spinale perchè nessun dato anamnestico nè alcuna prova di laboratorio poteva essere invocata in favore di tale supposizione, e non volendo prendere in considerazione le mieliti acute, conseguenti o concomitanti a malattie infettive, per l'assenza di ogni giustificazione anamnestica e sintomatologica ci restavano a discutere alcune forme non bene ancora definite come la mielite subacuta a tipo necrotico (Foix e Alajounanine) che nel primo stadio può presentare qualche somiglianza con la forma da noi descritta. Tale somiglianza però è fugace perchè abbastanza presto alla paralisi spastica succede la paraplegia flaccida con ariflessia tendinea.

Spiller, Krause, Oppenheim, Mendel hanno raccolto sotto il nome di meningite sierosa circoscritta spinale una forma a etiopatogenesi ancora sconosciuta e che presenta una fisionomia clinica di compressione midollare pura e semplice senza manifestazioni collaterali che possano aiutare nel tentativo di porre una diagnosi esatta; diagnosi che, quasi regolarmente, viene formulata durante l'intervento. E neppure a noi fu possibile, date le ancora scarse conoscenze su tale forma morbosa, tentare una differenziazione preoperativa che del resto poteva considerarsi non indispensabile dato che l'indicazione all'intervento era la stessa tanto nell'uno come nell'altro caso.

La diagnosi, perciò, di paraplegia da scoliosi ci venne imposta più che dall'evidenza clinica come conseguenza della sistematica esclusione di tutte le altre forme di compressione.

E tanto l'intervento come il decorso postoperatorio ci hanno dato ragione della nostra interpretazione. In quanto alla cura l'esperienza nostra e della maggioranza degli AA. porta senz'altro alla indicazione operativa. Ogni tentativo incruento, se può dare qualche successo, questo è così incerto (specialmente in pazienti che hanno raggiunto il secondo decennio) da far perdere la bilancia decisamente verso l'intervento chirurgico. La laminectomia può serbare gravi difficoltà che, però, con la pazienza e la calma verranno in ogni caso superate. Importante si ritiene il precetto d'aprire ampiamente anche la dura madre; il timore per lo scolo eccessivo di liquor non è oggidì più giustificato quando si curi una minuziosa plastica delle parti molli.

Secondo la nostra esperienza sarebbero da abolire sistematicamente dopo l'operazione i corsetti immobilizzanti da altri consigliati. Il massaggio, la mobilizzazione, l'elettroterapia potranno rendersi utili se applicati precocemente e con sistema.

RIASSUNTO.

Illustrazione di un caso di paraplegia spastica con paralisi della vescica e del retto, stabilitasi rapidamente in un individuo ventenne, portatore di una scoliosi congenita. Considerazioni sull'etiopatogenesi, diagnosi differenziale ed indirizzo terapeutico.

BIBLIOGRAFIA.

André-Thimas, Sorrel, Sorrel-Dejerine. La Presse Médicale, 1933, pag. 1542.

Jaroschy. Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. CXXIX, pag. 348.

Id. Verhand. des XXI Orth., Kongr. 1926, p. 194.

Id. Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, p. 597, 1928.

Kenneth G. Mekenzie. Arch. of. Surgery, agosto 1927.

Lehrnbecher. Zentralblatt für Chirurgie, 1928.

Nicolis. La Radiologia Medica, vol. XIII, f. 4.

Siebner. Der Chirurg., 15 luglio, 1930.

Viganò. Archivio di Ortopedia, vol. XLVIII, fasc. I, 1932.

Zanoli. La chirurgia degli Organi di Movimento, fasc. 4, 1930.

SUNTI E RASSEGNE

DISENDOCRINOPATIE.

Le sindromi basedoviane e le sindromi parabasedoviane.

(M. Labbé e Gilbert-Dreyfus. *Journ. Méd. Franç.*, marzo 1934).

Ai due problemi preminenti che riguardano la patogenesi della sindrome basedoviana e i limiti del quadro della malattia, la misurazione sistematica del metabolismo basale ha recato una soluzione definitiva. La clinica, la biologia e la terapeutica sono d'accordo nell'affermare:

1) che l'elevazione del metabolismo basale è costante nel corso degli stati basedoviani;

2) che questa elevazione è proporzionale alla gravità reale della malattia e non all'intensità apparente dei suoi sintomi.

La seconda di queste proposizioni dimostra che l'ipertiroidismo non è tutto nella sindrome di Basedow. Essa ne rappresenta il substrato fondamentale, ma si associa a un elemento simpatico più o meno importante che, modificando la sua apparenza esteriore, ne rende le manifestazioni cliniche più eclatanti e più espressive.

Sembra dunque agli AA. che si debbano isolare due sindromi: la *sindrome ipertiroidea* e la *sindrome di ipersimpaticotonia*, di cui la riunione costituisce precisamente la *sindrome basedoviana completa*.

La sindrome ipertiroidea comprende innanzi tutto l'aumento del metabolismo basale e il dimagramento, in parte la tachicardia, i disturbi psichici, la diarrea e forse i tremori. Non la si riscontra mai allo stato puro; di per sè stessa comprende una piccola reazione simpatica, che resta in secondo piano. È questa la sindrome che viene realizzata, nell'animale e nell'uomo, dalla somministrazione di corpo tiroide o di tiroxina. Clinicamente si constata in soggetti giovani portatori di un gozzo in apparenza semplice; appena un leggero dimagramento, un polso un po' rapido attirano l'attenzione e si ha poi la sorpresa di trovare un metabolismo superiore alla norma di + 20 p. 100. Queste forme, che gli AA. hanno l'abitudine di chiamare « gozzi con ipertiroidismo », rappresentano la forma benigna dell'adenoma tossico di Plummer.

La sindrome simpatica comprende la tachicardia, l'eretismo cardiaco, le palpitazioni, gli spasmi digestivi (vomiti, alternative di diarrea e di costipazione), i disturbi vasomotori, la termofobia, i sudori, la poliuria, l'emotività, la lucentezza dello sguardo e la protrusione dei globi oculari.

La ricerca del riflesso oculo-cardiaco, ma sopratutto la prova dell'iniezione di atropina proposta da Daniélopolu, contribuisce a ca-

ratterizzare questa sindrome, dimostrando la esistenza di una ipertonia del simpatico o piuttosto di una ipertonia concomitante del simpatico e del parasimpatico, di quella che si chiama anfotonia.

Come la sindrome di ipertiroidismo, la sindrome di ipersimpaticotonia può evolvere allo stato puro, isolata, senza che la ghiandola tiroide partecipi al processo patologico.

M. Labbé per il primo ha descritto alcune osservazioni di gozzo esoftalmico simpatico con metabolismo basale normale. Successivamente, in unione con Gilbert-Dreyfus e Azerad, ha individualizzato, sotto il nome di *sindrome parabasedoviana*, tutta una serie di fatti un po' disparati che insieme caratterizzano:

un insieme di manifestazioni morbose di origine in apparenza tiroidee, in realtà puramente neuro-vegetative;

una insensibilità completa rispetto ai medicamenti antibasedoviani, specie la iodoterapia;

una cifra di metabolismo basale ai margini della norma e che resta fissa, quale che sia la terapia usata;

una prognosi *quoad vitam* benigna in rapporto con l'assenza di ogni segno di tossicosi e di ogni complicazione tireotossica.

Si tratta quasi sempre di giovani donne, classificate sotto l'etichetta di « Basedow frusto » e che presentano, variamente associati, tutti i sintomi del gozzo esoftalmico. Tuttavia fa difetto il dimagramento. La prova di Daniélopolu rivela sia una ipersimpaticotonia pura sia un'anfotonia a predominanza simpatica, mentre manca l'ipermetabolismo.

Fisiologicamente parlando noi non abbiamo la prova formale che le funzioni endocrine rimangano indenni nella sindrome parabasedoviana; non è impossibile che il disturbo simpatico finisca per influire sulla secrezione tiroidea. Infine si riscontrano in clinica casi limiti, con metabolismo basale compreso fra + 14 e + 18 p. 100, di cui l'interpretazione è molto delicata.

Dal punto di vista pratico comunque una distinzione formale si impone fra ipertiroidismo e stati vegetativi ad andamento ipertiroideo (malattia di Basedow con metabolismo normale di alcuni AA.). L'aumento del metabolismo basale importa in effetti delle sanzioni terapeutiche e delle riserve di prognosi che non sono più in gioco quando, sulla fede del metabolismo basale normale, si sostituisce all'etichetta basedoviana la diagnosi di sindrome parabasedoviana. C. TOSCANO.

Morbo di Cushing. Adiposità costituzionale e virilismo surrenale.

(E. J. KRAUS. *Klinische Woch.*, 31 marzo 1934).

Nel 1932 H. Cushing, descriveva, sulla base di 12 casi tratti dalla letteratura, un quadro morboso che egli denominava « basofilismo pituitario », caratterizzato da rapida, per lo più indolore formazione di adipe in determinate parti del corpo, da osteoporosi con tendenza alla cifosi e alle fratture spontanee, da distrofia sessuale, ipertricosi e da strie rosso-bluastre sulla cute dell'addome. La distrofia sessuale porta l'impotenza nell'uomo, l'amenorrea nella donna. Altri sintomi caratteristici sarebbero l'ipertensione arteriosa, la glicosuria, l'eritremia con leucocitosi, una estrema secchezza della cute con pigmentazione di essa, acrocianosi ed emorragie cutanee a tipo porpora.

Fra i disturbi subiettivi, dolori addominali e lombari, stanchezza, astenia. In alcuni casi è stata anche osservata polifagia, polidipsia, poliuria ed edemi delle estremità inferiori. Ma non sempre il quadro della malattia è così completo: fra i sintomi più tipici è l'adiposità che invade la faccia (faccia di luna piena) la nuca e il tronco, lasciando libere le estremità, la ipertricosi che si localizza al viso, la cifosi, e le strie rossastre sulla cute dell'addome: gli ammalati assumono pertanto un aspetto molto caratteristico, facile a riconoscersi.

Anatomopatologicamente, le lesioni fondamentali nel m. di Cushing sono a carico del sistema endocrino, e cioè in più della metà dei casi si trova un adenoma basofilo o più raramente una iperplasia a cellule basofile della ipofisi, che si accompagna spesso ad ipertrofia delle surrenali con aumento di peso di queste e quasi costantemente ad una atrofia delle gonadi.

Il reperto della tiroide varia potendosi avere ipotrofia o presenza di struma nodulare o diffuso: molto spesso si può notare lipomatosi delle paratiroidi. Come lesioni concomitanti si nota osteoporosi con cifosi e fratture, e aterosclerosi della aorta e dei grossi vasi, pur manifestandosi la malattia per lo più in soggetti giovani.

Per quanto riguarda la patogenesi di questa interessante malattia, Cushing crede che la lesione primitiva sia la lesione ipofisaria e cioè l'adenoma basofilo, mentre le alterazioni delle surrenali e delle gonadi sarebbero di natura secondaria. L'adiposità sarebbe dovuta, sempre secondo Cushing, ad un disturbo del centro tubero-ipofisario, l'osteoporosi all'alterazione delle paratiroidi, l'ipertensione ad una attivazione della neuro-ipofisi in seguito alla invasione di essa da parte delle cellule basofile.

L'A. non accetta questa teoria di Cushing dell'iperpituitarismo a cellule basofile: vi sono infatti dei casi di m. di Cushing tipico in cui l'adenoma basofilo della ipofisi mancava, come anche dei casi in cui all'autopsia furono repertati dei tipici adenomi basofili della pituitaria senza che in vita i pazienti avessero mostrato nessuno dei sintomi di questa malattia.

Secondo l'A., è più probabile che l'adenoma basofilo del m. di Cushing, come del resto l'80 % delle ipertrofie basofile della pituitaria nella adiposità costituzionale (studi dell'A.), rappresenti una alterazione secondaria della ipofisi, forse espressione di un tentativo di compensazione, così come si verifica per le paratiroidi nella osteomalacia.

Che infatti l'aumento dei basofili nella ipofisi non possa essere considerato quale criterio differenziale sicuro fra l'adiposità costituzionale e il m. di Cushing lo dimostra lo studio di casi di adiposità costituzionale in cui fu repertato un adenoma basofilo dell'ipofisi, e casi di m. di Cushing in cui invece si trovò una semplice iperplasia (Zeinek).

Che poi d'altra parte la « basofilia » dell'ipofisi non sia assolutamentte caratteristica per le varie forme di adiposità lo dimostra il fatto che tale alterazione è stata trovata in una serie di malattie che nulla con l'adiposità hanno a che fare, quale la nefrosclerosi maligna, il rene grinzo secondario e l'ipertensione essenziale, la paralisi progressiva ecc.

Tutto ciò porta a concludere che la vera causa del m. di Cushing non sia la basofilia ipofisaria, ma che questa sia solo una alterazione secondaria che interviene nel decorso della malattia.

Se si vuole portare un po' di luce nella patogenesi del m. di Cushing, bisogna volgere l'attenzione alla simiglianza che questa malattia ha col virilismo sessuale (da blastoma delle surrenali) e precisamente con quella forma che si accompagna ad adiposità.

L'ipertrofia surrenale, la distrofia sessuale, l'irsutismo, la secchezza della cute, la tendenza all'acne, l'eritremia, l'ipertonia e la glicosuria sono infatti sintomi comuni alle due malattie. La mancanza della basofilia ipofisaria nel virilismo starebbe a dimostrare che per lo stabilirsi di questa malattia non è necessaria la lesione ipofisaria, mentre solo una parte della sintomatologia del m. di Cushing sarebbe da riferirsi a lesioni della ipofisi.

In sostanza nel m. di Cushing vi sarebbe una preponderanza del fattore ipofisario, nel virilismo una preponderanza del fattore surrenale. Ma mentre nel virilismo la causa primitiva è sicuramente l'alterazione surrenale, nel m. di Cushing non è possibile, almeno fino ad oggi, localizzare in un solo organo la lesione causale. Secondo l'A. si tratta di uno squilibrio multiplo del sistema endocrino, e cioè di una alterazione del ricambio dei grassi di origine ancora non chiara, che porterebbe secondariamente alle manifestazioni ipofisarie e surrenali, le quali avrebbero carattere compensatorio. Tale concetto confermerebbe sempre più l'ipotesi da varî anni sostenutata dall'A. degli stretti rapporti intercorrenti fra cellule basofile dell'ipofisi, surrenali, ricambio lipocolesterinico e pressione sanguigna.

G. LA CAVA.

Ipertensione parossistica guarita con l'asportazione di un tumore surrenale.

(SUERMONDT. *Zbl. f. chir.*, n. 2, 1934).

Un uomo di 29 anni andava soggetto, da un anno a crisi di tachicardia con dolori precordiali, senso subbiettivo di calore, impaccio funzionale degli arti con estremità fredde. Tali crisi duravano circa ¼ d'ora, si presentavano tutti i giorni e negli intervalli il paz. si sentiva perfettamente bene. Un internista che aveva in cura il paz. si accorse che durante le crisi la pressione arteriosa aumentava enormemente (325-200) per discendere dopo circa ½ ora dalla crisi ai valori ordinarî del paziente (150-115). Obbiettivamente non si riscontravano alterazioni apprezzabili degli organi interni. Solo il rene destro era palpabile; il sinistro non era palpabile, il che indusse a pensare all'esistenza di un tumore della surrenale destra che avesse spinto il rene in basso.

L'urografia dopo iniezione di Abrodil mise in evidenza un abbassamento del rene destro e al di sopra di esso l'ombra di un tumore. Per il resto, l'ombra e l'eliminazione dell'Abrodil era d'ambo i lati normali; la cistoscopia, la cromocistoscopia, l'esame delle urine non mostrarono nulla di anormale.

All'intervento fu trovato un tumore della surrenale che all'esame istologico risultò costituito da cellule cromaffini.

Dopo l'asportazione del tumore la pressione si abbassò tanto che non era più misurabile e fu necessario iniettare notevolissime quantità di adrenalina (10 mmgr. ogni 4 ore durante i primi due giorni dopo l'operazione) per portarla a 125-95. Il paz. uscì guarito dopo 2 mesi e non ebbe più crisi di ipertensione.

L'A. spiega l'abbassamento della pressione dopo l'operazione con la soppressione di una grande quantità di adrenalina elaborata dal tumore e si sofferma ad illustrare la sindrome da tumore surrenale che varia secondo che il tumore si sviluppa a carico della corticale (sindrome genito-surrenale) o della midollare (sindrome di ipertensione parossistica).

Nella letteratura esistono solo altri 4 casi operati come quello di K.

G. PACETTO.

MISCELLANEA.

L' " ospedalismo „ del lattante.

(D. ANGARANO. *La Pediatria*, 1° maggio 1934).

Le recenti acquisizioni fisiologiche e cliniche hanno di molto migliorato i concetti che prima si avevano sulla dietetica del lattante ospedalizzato: purtuttavia la morbilità e la mortalità negli istituti che ricoverano lattanti si mantiene ancora molto elevata.

È constatazione di tutti gli ospedali infantili che in un certo numero di casi si determinano degli stati morbosi speciali che non

hanno alcun riscontro nella clientela privata, stati morbosi che vengono definiti col termine di ospedalismo. L'ospedalismo non è altro che quello stato di malattia che si determina dopo un soggiorno prolungato in ospedale, per cui il bambino lentamente e progressivamente si cachetizza.

L'A. che ha fatto un accurato esame delle storie cliniche dei bambini ricoverati nel suo Ospedale, studiandone le più frequenti cause di decesso, ha potuto constatare che un vasto contributo viene dato da tutti quei bambini che vengono portati in Ospedale già in preda ad una intossicazione alimentare o in uno stato di profonda denutrizione. Di questi bambini non se ne salva quasi nessuno: nei primi per lo più si stabilisce uno stato distrofico che rapidamente si va aggravando fino all'atrepsia; nei secondi, dopo un breve periodo di leggero miglioramento dovuto alle razionali modifiche che immediatamente vengono apportate all'alimentazione, il peso nuovamente diventa stazionario per poi decrescere, perchè dopo un certo periodo di degenza in Ospedale il bambino, per le sue stesse condizioni di ipotrofia, va incontro a piccole, ripetute infezioni di varia natura, che, senza manifestarsi quasi mai in modo acuto e tumultuoso, si stabiliscono invece con un decorso cronico e recidivante e si ripercuotono sulle funzioni digestive: il bambino cade nuovamente in uno stato di atrepsia che lo porta a morte.

Un altro contributo viene dato dai bambini che vengono ricoverati in Ospedale con tare ereditarie gravi (lue e tbc.): con grande facilità essi vanno incontro a processi infettivi di varia natura, verso i quali non dimostrano alcuna resistenza. Questi bambini a volte muoiono quasi improvvisamente. Vi è poi un'altra piccola categoria di bambini, portati in Ospedale in condizioni discrete, con lievi disturbi, che vengono facilmente curati: questi bambini facilmente si assuefanno al trattamento ospedaliero e crescono bene anche per un lungo periodo di tempo, ma il loro stato apparentemente buono, non si dimostra più tale quando una qualsiasi infezione li colpisce. Essi infatti si dimostrano subito poco resistenti con scarsissimi poteri di difesa, per cui si assiste ad una rapida invasione dell'infezione con conseguenze gravissime.

Secondo l'A., la causa principale dei cattivi risultati ottenuti nei reparti ospedalieri per lattanti è senza dubbio la frequenza delle infezioni e delle reinfezioni. Esse infatti sono la causa diretta della impossibilità di far tollerare al bambino la sua normale razione alimentare, così che appena dopo un episodio diarroico o una lieve infezione, ogni alimentazione viene mal sopportata ed il bambino, in conseguenza, continua a deperire progressivamente, divenendo facile preda di infezioni mortali o cadendo in uno stato di cachessia. Le alterazioni della funzione gastro-intestinale descritte da Marfan sotto il nome di disturbi digestivi secondari, hanno la massima importanza quindi quali fattori della distrofia ospedaliera, tanto che nel decorso della infezione esse hanno un valore molto maggiore dell'infezione stessa e sono la causa diretta della grave sindrome distrofica.

La mortalità è più elevata dopo il settimo mese, periodo della vita corrispondente alla perdita della immunità passiva trasmessa dalla madre ed all'inizio della comparsa della immunità attiva. Il quadro morboso più comune è il seguente: infezioni a decorso atipico, con delle ricadute e delle recidive: forme lente, latenti, a volte senza sintomi caratteristici: febbre a volte leggera, a volte elevata, perdita dell'appetito, disturbi digestivi, arresto della crescenza, caduta del peso, gravi disturbi di assimilazione, cachessia. Tra le cause della distrofia ospedaliera è da tenere in considerazione la mancanza di stimoli psichici quali cause coadiuvanti e predisponenti, ciò forse solo in casi di costituzione anormale con tara ereditaria neuropatica. G. LA CAVA.

Segni clinici del tracoma.

(MAC CALLAN. *Ann. di Oftalmologia e Clin. Oculistica,* febbraio 1934).

La diagnosi di tracoma può essere una cosa molto semplice in casi ben chiari, ma in altri casi può essere impossibile giungere ad un giudizio definitivo.

L'A. enumera e descrive brevemente i diversi sintomi dell'infezione tracomatosa, due o più dei quali devono essere presenti al momento della diagnosi dell'affezione.

1) Allo stadio iniziale (Tr. I) si trovano all'estremità del bordo superiore del tarso leggere ruvidezze formanti piccole isolette grigiastre semi-trasparenti e quasi non vascolizzate. Il resto della congiuntiva può non mostrare alcun segno di infiammazione e può non esistere secreto congiuntivale, benchè questo sia di solito presente. Col progredire della malattia la congiuntiva tarsale diviene leggermente granulosa e vellutata a causa della formazione di minute papille.

Dopo un lasso di tempo vario questi piccoli follicoli aumentano di numero e ingrossano in modo da essere facilmente lacerati con la pressione, dando luogo alla fuoruscita di una sostanza fluida gelatinosa.

I follicoli in questo stadio sono generalmente presenti su tutta la congiuntiva delle due palpebre e in rari casi si trovano anche sulla bullare. Questo è la stadio contrassegnato come Tr. IIa.

2) In alcuni casi i follicoli sono coperti dallo sviluppo di una ipertrofia papillare. Tr. IIb.

3) Quasi simultaneamente con l'apparire dei follicoli tracomatosi sulla palpebra superiore si ha una invasione tracomatosa della

cornea, sotto forma di una neovascolarizzazione della periferia della cornea.

Nello sviluppo dell'aumentata vascolarizzazione nel tracoma, o panno, si ha una invasione follicolare del tessuto corneale per il contatto diretto con la palpebra superiore. Dalla convessità dei cordoni vascolari marginali si sviluppano nuovi vasi che decorrono verso il centro della cornea, generalmente senza anastomosi. La presenza di pochi follicoli grigi sulla congiuntiva tarsale superiore, accompagnata da questa nuova vascolarizzazione della cornea, è *un segno patognomonico del tracoma*. Il panno appare in uno stadio talmente iniziale della malattia che quando i follicoli tracomatosi divengono visibili sulla congiuntiva tarsale superiore il panno è quasi invariabilmente presente e può essere scoperto con l'uso della lente corneale e della lampada a fessura.

4) I follicoli limbari sono sintomatici e vengono chiamati « rosette di Herbert ». Possono esserci 5 o 7 di queste rosette nella periferia superiore corneale in uno stadio iniziale di Tr. IIa. In stadi più avanzati masse simili a orli di follicoli estendentisi in un semicerchio intorno alla parte superiore della cornea.

Dopo la cicatrizzazione di queste rosette appaiono piccole depressioni chiamate (fossette marginali di Herbert », patognomoniche del tracoma.

5) Cicatrici della congiuntiva tarsale superiore sono comunemente ma non invariabilmente presenti in tutti i casi di tracoma parzialmente curato. Non possono essere considerate come patognomoniche del tracoma perchè possono avere altre cause. La linea cicatriziale di Arlt, decorrente proprio dietro il margine interno della palpebra superiore, è un sintomo patognomonico del tracoma.

6) L'ispessimento permanente dei tessuti fibrosi della palpebra superiore si ha soltanto nel tracoma. Questo ispessimento porta ad un aumento di peso della palpebra superiore e alla:

7) Ptosi, con restringimento della fessura palpebrale.

8) Nello stadio III di tracoma si potrà osservare la sinuosità del bordo palpebrale nella palpebra superiore, non dovuta a retrazione cicatriziale. Questa sinuosità del margine palpebrale, caratteristica attrattiva delle bellezze orientali, è un segno molto caratteristico di tracoma passato o presente.

9) Degenerazione post-tracomatosa (P. T. D) è un fatto molto comune del terzo stadio o pre-cicatriziale del tracoma, Tr. III. Consiste in piccole cisti piene di materia ispessita, che spesso subisce degenerazione calcare; possono trovarsi sulla congiuntiva tarsale della palpebra inferiore e superiore.

10) Depressioni situate irregolarmente o fascette sulla cornea sono comuni nel terzo e quarto stadio del tracoma (Tr. III e Tr. IV). Non si macchiano con fluorescina dimostrando di essere coperte di epitelio corneale. Sono il risultato di cicatrizzazione di follicoli tracomatosi della cornea.

11) Placche epiteliali della congiuntiva e della cornea sono frequenti. Sulla congiuntiva sono situate su ambedue i lati della cornea e sono di forma triangolare. Sono coperte da una sostanza bianca simile a schiuma di bianco d'uovo battuto. Sulla cornea possono trovarsi in qualsiasi situazione e sono di forma triangolare. Queste placche si tolgono con facilità, ma ricompaiono quasi subito. Consistono in una proliferazione epiteliale, nella quale il bacillo della xerosi si trova normalmente.

Non c'è cecità assoluta nè altra inabilità oculare in questi casi, eccetto l'impedimento dato dalle placche alla luce.

12) Infiltrazioni corneali non sono infrequenti nello stadio parzialmente cicatriziale (Tr. III) e nello stadio cicatriziale (Tr. IV). Cominciano come piccole capocchie di spillo, grigie, rilevate, proprio sotto l'epitelio corneale. Queste si rompono lasciando piccole ulcere, che guariscono rapidamente sotto cura, senza lasciare opacità. Nella maggioranza dei casi si troverà presente un alto grado di sepsi orale. Se la sepsi orale viene sradicata e il trattamento oculare ridotto a istillazioni di gocce di soluzione salina al 2-3 %, la condizione rapidamente migliora.

13) Trichiasi ed entropion abitualmente coesistono, benchè la patologia delle due condizioni sia differente.

La trichiasi è dovuta allo sviluppo di ciglia in soprannumero con germoglio di bulbi piliferi esistenti, causato dalla iperemia del margine palpebrale. L'entropion è un'inversione del margine palpebrale, dovuta ad alterazioni cicatriziali del tarso.

Riassumendo, la diagnosi deve essere basata su due o più dei detti sintomi. La combinazione di un leggero panno con qualsiasi altro dei segni suddetti è, secondo l'A., patognomonica del tracoma. C. TOSCANO.

Spirochetosi meningea anitterica.

(COCHEZ-FICHET. *Presse Méd.*, n. 32, apr. 1933).

La spirochetosi meningea pura isolata da Costo e Troisier nel 1916 benchè rara ha determinato già delle interessanti pubblicazioni. L'interesse sta anche nel fatto che questa cognizione permette di fare un passo avanti nell'etiologia troppo spesso sconosciuta delle meningiti curabili, ove forse la spirocheta ha una importanza maggiore di ciò che non si creda (Troisier). Gli AA. riportano in dettaglio tre casi personali che si possono così riassumere: 1) quadro clinico caratterizzato da erpes labiale, iniezione congiuntivale con sindrome meningea discreta. Alla puntura lombare 53 ele-

menti cellulari; 0,50 di albumina. Inoculazione positiva delle urine nella cavia. Siero-diagnosi positiva; 2) idem., cioè, reazione meningea con iniezione congiuntivale ed erpes. Inoculazione del liquor fu positiva. Vi fu una ricaduta con febbre e fatti generali, ma senza ripresa dei segni meningei; 3) fu identico, solo che si ebbe leggero interessamento epato-renale.

L'*etiologia* è quella solita generica delle spirochetosi (locali umidi infestati da topi, bagni di fiume, ecc.).

La diagnosi clinica non parve difficile agli AA. Essi danno importanza alla *triade sintomatica*: sindrome meningea lieve, erpes labiale o palpebrale, e iniezione congiuntivale.

Circa l'*evoluzione* è bene insistere sul decorso sempre favorevole della forma meningea spirochetosica.

Circa l'*epidemiologia* mentre sui fronti bellici erano frequenti le forme da spirochete di Inada ed Ido a tipo di infezione generale e con ittero, ora parrebbero più comuni le forme lievi e con le altre localizzazioni. Forse non era estranea al fatto la diminuita resistenza dei soldati per la soprafatica fisica della guerra.

L. TONELLI.

DIVAGAZIONI

Olfatto e sesso.

Gli elementi fondamentali della vita sessuale sono la tumescenza e la detumescenza: la carica di eccitazioni che fanno giungere fino al parossismo il desiderio, la scarica del potenziale sensitivo motorio che coincide o meglio segue all'orgasmo.

L'atto di unione, perchè si compia in modo felice ed efficace, deve essere preceduto da una fase minuziosa e prolungata di eccitazioni, capaci di sviluppare la tumescenza.

Quasi tutti i sensi sono interessati in questa fase preparatoria e pre-preparatoria.

Prevale il tatto, che in effetti è il senso erotico primordiale e primitivo, ma vi prendono parte più o meno importante a seconda del grado di evoluzione organica e del grado di sublimazione dell'amore, anche l'odorato, l'udito e la vista. Il gusto sembra estraneo a tale giuoco, e di ciò si può trovare la ragione nel fatto che esso è più intimamente legato all'altro istinto fondamentale della vita, alla nutrizione.

Per quel che riguarda l'olfatto è a rilevare che la sua importanza nella funzione sessuale è notevole negli animali, in relazione, forse, al fatto che esso è il più vicino al senso tattile generale. In alcuni vertebrati, sopra tutto nei rettili e nei mammiferi le impressioni ricevute a mezzo dell'odorato dominano tutte le altre e tutte le associazioni sessuali sono principalmente olfattive.

L'olfatto ha subìto con lo sviluppo filogenetico, sopra tutto negli scalini più elevati della scala animale una rapida degradazione, sia nella funzione erotica, sia nella vita psichica. Mentre altri sensi, ossia la vista e l'udito, hanno acquistato una notevole importanza come via di assorbimento di tutto quanto vale a nutrire e ad attivare lo psichismo superiore, ed a costituire organi prevalenti per sensazioni esclusivamente umane, quali sono quelle artistiche, l'olfatto è rimasto un organo affatto ausiliario per la vita pratica come per quella emotiva, per la scienza come per l'arte. L'anosmia è il difetto sensoriale che si tollera più agevolmente, e che praticamente non importa sensibili menomazioni dell'attività dell'individuo, limitazioni o impedimenti allo sviluppo culturale ed alle interrelazioni umane.

Corrispondentemente l'olfatto ha perduto nell'uomo la importanza che ha nella funzione sessuale degli animali. In questi i due sessi sono egualmente influenzati dagli odori che emanano dal corpo e specificamente dalla regione sessuale: l'organo maschile è provvisto di glandule odoranti speciali, e le femmine durante l'estro emanano un odore particolarmente efficace per attirare il maschio.

Di tutto ciò è rimasto traccia nell'uomo, senza però avere uno spiccato valore afrodisiaco. Uomini e donne emanano dal loro corpo un odore variabile a secondo le razze, e che acquista una tonalità speciale e più pronunziata all'epoca della pubertà. Ogni età ha il suo odore concordante con lo sviluppo dei caratteri sessuali secondarî.

Negli individui normali queste emanazioni odorose non hanno mai la capacità di essere eccitanti esclusivi dell'erotismo, e di costituire da soli un fattore di attrazione di un individuo di un sesso verso quello del sesso opposto. Tutt'al più questo elemento può riuscire piacevole e rinforzare le eccitazioni provenienti da altri sensi. Può anche acquistare un potenziale elevato e diventare irresistibile quando sia associato alla persona amata.

In ogni caso le sensazioni olfattive hanno una certa influenza favorevole o sfavorevole sulle relazioni sessuali in tutte le razze umane dalle più selvaggie alle più civilizzate.

D'altra parte è a notare che il centro dell'attrazione olfattiva è nell'uomo spostato dalle regioni genitali alle parti superiori del corpo. Sotto questo riguardo è avvenuto alcun che di analogo a quanto si è verificato nella sfera visiva, perchè gli organi genitali maschili e femminili normalmente non appaiono belli agli occhi del sesso opposto, e la loro esibizione non costituisce un preliminare necessario dell'amplesso. Sta di fatto che l'odore personale che può accendere il desiderio sessuale è quello che emana dall'ascella e secondariamente quello della pelle e dei capelli.

Come tutti gli elementi forniti dagli organi sensoriali nel giuoco dell'amore gli odori emananti dal corpo possono essere anche causa di repulsione, a meno che un certo grado di tumescenza non si sia già verificato. È ben noto che

alcuni cattivi odori, e per alcuni individui anche odori generalmente ritenuti gradevoli, siano assolutamente anafrodisiaci. Alcune impotenze relative sono determinate dalla repulsione prodotta dall'odore emanante dalla donna. L'alito cattivo, e sopra tutto, il fetore dell'ozena, emanante da un coniuge sono fattori di insuperabile repulsione e ripugnanza da parte dell'altro.

A parte la quistione della partecipazione dell'olfatto nel fenomeno dell'attrazione sessuale, è certo che la sensibilità generale per gli odori gradevoli è più marcata nelle donne. Groos ha stabilito che anche nell'infanzia manifestano un maggiore interesse per i profumi, e Garbini ha dimostrato che effettivamente la facoltà di distinguere gli odori è maggiore nelle giovanette. Marro ha trovato che all'epoca della pubertà le donne acquistano una maggiore sensibilità olfattiva senza che si modifichino gli altri sensi. Vaschide ha dimostrato che le donne conservano la loro superiorità olfattiva su gli uomini anche durante la vecchiaia.

L'uomo ha trovato nei profumi l'espediente per rinforzare questo fattore di eccitazione sessuale rimasto in lui presso che rudimentale.

Bloch ritiene probabile che i profumi siano stati inizialmente adoperati dalle donne non con l'intenzione di mascherare qualche cattivo odore naturale, come avviene presso le civilizzate, ma allo scopo di accrescere e rinforzare l'odore emanante della persona. Come le donne moderne hanno cercato di dar risalto alle loro forme, cioè all'elemento sessuale visivo, le donne primitive hanno cercato di accentuare le loro quantità odoranti.

Si spiega così come i profumi preferiti dalle donne anche in tempi moderni non siano stati i più delicati, i più squisiti, ma i più forti, i più animali, i più sessuali: il muschio, il castoro, l'ambra gialla.

Questi profumi per la loro importanza afrodisiaca si avvicinano agli odori caprilici: il muschio è l'odore che più rassomiglia a quello del corpo umano.

Oggi al riguardo i gusti si sono raffinati. Questi profumi che ricordano o rinforzano l'odore selvaggio del corpo sono meno usati.

Agli odori di origine animale sono sostituiti profumi vegetali o sintetici similari, profumi più o meno delicati che hanno lo scopo di creare intorno al corpo un'atmosfera gradevole al senso olfattivo dell'individuo dell'altro sesso.

I profumi conservano il loro elemento sessuale, ma non nel senso primitivo o animale. Più che come eccitante specifico del senso erotico, valgono come eccitanti generali del sistema nervoso, come un mezzo adoperato specialmente dalle donne per richiamare sulla propria persona l'attenzione degli uomini.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

PASTEUR VALLERY-RADOT. *Pathologie de l'appareil urinaire (Reins-Vessie).* Pag. VIII-202, fig. 10. Masson et C. Fr. 22.

Non è facile orientarsi subito nella sintomatologia così complessa delle affezioni renovescicali: per questo qualunque aiuto in proposito dev'esser bene accolto. Specialmente quando i suggerimenti rappresentano qualcosa di veramente pratico e l'esponente di una vita realmente vissuta nel contatto diuturno dei malati.

Il piccolo volume del Pasteur Vallery-Radot soddisfa tale desiderio e offre allo studioso novizio una esposizione elementare sia dei principî semeiologici che terapeutici delle malattie del sistema urinario.

Il libro si apre con la esposizione delle più comuni manifestazioni morbose per le quali il malato si reca dal medico: ematuria, piuria, albuminuria, ecc. A questa prima parte ne segue un'altra dedicata alla semeiotica dei vari organi urinari.

Chiude l'opera una rapida descrizione delle singole affezioni dei reni e vescica.

Poche, chiare figure soccorrono dove la descrizione più minuziosa avrebbe potuto lasciare ancora qualche dubbio. P. U.

I. WUGMEISTER. *Urologia.* Collezione: Manuali Hoepli, Milano, 1934, pag. XI-261, fig. 53 e 7, tavole a colori. L. 16.

Bisogna salutare con piacere questo manualetto destinato a chiarire la posizione della Urologia tra le specialità della medicina e della chirurgia. È tempo che anche il pubblico sappia che le malattie del sistema urinario — *absit iniuria verbis* — debbono essere distinte da quelle della pelle e da quelle veneree.

L'urologo dev'esser un chirurgo, che dopo essersi esercitato in tutti i distretti anatomici, ha voluto circoscrivere la sua attività alla chirurgia degli organi urinari, ma che a questa sua limitazione sa contrapporre una maggiore e migliore conoscenza delle indagini endoscopiche, degli esami della funzione renale, dell'uso degli strumenti della specialità.

A nessuno può venire in testa di ritenere un chirurgo generico incapace di una nefrectomia o di una prostatectomia, ma il campo d'azione dell'urologia richiede un'abito mentale già diverso da quello del chirurgo generico ed una pratica particolareggiata, estesa, continua, che non si può acquistare se non vedendo numerosi malati della specialità.

D'altra parte la tendenza alla specializzazione è aderente allo spirito dei giorni nostri e trova riscontro anche negli altri campi dell'attività intellettuale: l'ostacolarla sarebbe anacronismo, ritorno all'antico. P. U.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L. LICHTWITZ. *Die Praxis der Nierenkrankheiten.* Ed. Springer, Berlin, 1934.

Con il suo libro che appare nella nuova edizione « immodificato nell'ordine, ma largamente cambiato nel contenuto » come laconicamente avverte egli stesso, l'A. porta un ricchissimo e prezioso contributo alla nostra conoscenza sulla sistemazione, l'interpretazione e la cura delle nefropatie.

Non è esclusivamente dedicato alla pratica, ma largamente corredato di considerazioni teoriche sopratutto nel campo della patogenesi; tuttavia i capitoli della sintomatologia sono largamente trattati, e quelli importantissimi della terapia minutamente discussi.

La classificazione e la sistemazione seguìta dall'A. non corrisponde a quella classica del Volhard; ma quest'ultima è tenuta sempre presente, e di volta in volta porta a confronto con quella personale.

In complesso l'ampia monografia del Lichtwitz rappresenta un aggiornamento utilissimo delle nostre vedute in materia di nefropatie: le sue interpretazioni possono essere discusse o non accettate, ma la trattazione, specialmente della parte che si riferisce alla terapia è assai interessante e — data l'autorità di chi la propone — molto utile. V. SERRA.

J. COTTET. *Les troubles de l'élimination urinaire de l'eau.* Un vol. in-8°, di 212 pag., con fig. Masson et C.ie, Paris 1933. Prezzo 32 fr.

L'eliminazione urinaria dell'acqua può sembrare a prima vista un fenomeno assai semplice. Studiandolo invece nei suoi particolari, se ne vede la complessità, la dipendenza da varî fattori e si comprende la grande importanza che questo metodo di studio della funzione renale può avere per la diagnosi e si fissano i particolari per le cure di diuresi.

Tutto questo noi troviamo nella limpida e completa esposizione fatta dall'A., che ha compiuto numerose ricerche personali sull'argomento.

Un primo capitolo è dedicato allo studio fisio-patologico della eliminazione urinaria dell'acqua; la prova di diuresi provocata è esposta in tutto il suo sviluppo, con l'indicazione delle modalità di esecuzione. Seguono dei capitoli su un tentativo di semeiologia della funzione urinaria fondata sui dati forniti da tale prova, sulle applicazioni cliniche di questi dati e sulle considerazioni riguardanti l'insufficienza urinaria e quella renale. Da ultimo, l'A. considera la questione dal punto di vista igienico e terapeutico, studiando la dietetica quantitativa delle bevande e le cure di diuresi, il tutto, senza eccedere nello studio scientifico della questione, ma rimanendo essenzialmente sul terreno della pratica.

fil.

G. TELLERA. *Analisi urine.* Vol. di pagg. XII-274, con 11 tavole in nero e 1 a colori. Hoepli, 1932. L. 18.

L'analisi delle urine rimane sempre una ricerca fondamentale, alla quale in medicina non si può nè si deve rinunciare per nessuna ragione.

Che questa sia — del resto — una necessità sentita da chiunque, lo avverte il fatto che manuali del genere, di ogni volume ed estensione, si esauriscono continuamente, e che nuovi metodi, ora più semplici ora più complicati vengono ogni giorno proposti. L'A. movendo da queste due considerazioni ha voluto compilare questo tascabile manualetto nel quale si trovano tutte quelle notizie e quei consigli per i quali è facile eseguire presto e bene la ricerca dei componenti normali e patologici dell'urina.

La chiarezza del testo, il formato del libro, la praticità dei metodi permettono di pronosticare all'opera una sicura diffusione.

OBER.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

4° Congresso internazionale contro il Reumatismo

Si è svolto dal 3 al 7 maggio a Mosca il 4° Congresso internazionale contro il Reumatismo con la partecipazione di grande numero di studiosi dell'importante problema e con la rappresentanza della maggior parte delle Nazioni del mondo.

L'Italia era rappresentata particolarmente dai proff. Pisani, Pieri, Palumbo e Chini.

L'inaugurazione del Congresso è avvenuta la sera del 3 maggio a Mosca nella cosidetta « Sala delle Colonne » alla presenza di tutti i delegati e di grande numero di medici e di personalità politiche del Governo della U. R. S. S., con un discorso del presidente del Congresso, prof. M. KONTCHALOVSKY, del Commissario del Popolo per la Salute Pubblica, KAMINSKY; alla seduta inaugurale hanno portato il saluto delle rispettive Nazioni numerosi delegati e particolarmente il Segretario della Lega internazionale per la lotta contro il Reumatismo, dott. VAN BREEMEN di Amsterdam; per l'Italia ha parlato, in italiano, il prof. SANTE PISANI, di Firenze. Sono stati chiamati a far parte della Presidenza, per l'Italia, il prof. S. PISANI e il prof. V. CHINI.

Le sedute scientifiche del Congresso sono state tenute dal 4 al 7 maggio nel grande anfiteatro della « Casa dei Sapienti ». La prima seduta, presieduta dal prof. KONTCHALOVSKY, è stata dedicata al problema della *Patologia e Clinica del reumatismo acuto*. Sono state svolte importanti relazioni particolarmente in rapporto alla eziologia e patogenesi del reumatismo acuto, da parte di diversi delegati.

Il prof. SCHOTTMÜLLER di Amburgo, ha sostenuto l'idea che il reumatismo acuto sia una malattia infettiva specifica ad agente etiologico specifico tuttora ignoto: la specificità della malattia è dimostrata dalla specificità del granuloma di Aschoff e dalla particolare sensibilità ai preparati salicilici. Scarso o nessun valore dovrebbe avere il bacillo di Koch; più discussa e non ancora totalmente risolta è l'importanza dello streptococco. Ma lo SCHOTTMÜLLER pensa che anche lo streptococco non sia in causa, così come poco provate sembrano al grande scienziato tedesco le componenti di natura allergica che da molti autori sono invece messe in primo piano nella patogenesi delle alterazioni istologiche che caratterizzano la cosidetta granulomatosi reumatica. Infine l'oratore ha cercato di dimostrare con il sussidio di osservazioni personali che l'azione curativa del piramidone è ancora più energica di quella esplicata dal salicilato di sodio.

Il prof. GRÄFF di Amburgo ha ampiamente svolti i concetti da lui già ripetutamente sostenuti, relativi alla necessità di differenziare quello che egli chiama « reumatismo infettivo specifico » da tutta un'altra serie di reumatismi che possono essere sostenuti da agenti etiologici volta a volta diversi e noti, mentre non è ancora noto l'agente etiologico del reumatismo infettivo specifico. La differenziazione di queste varie forme è essenzialmente anatomo-patologica; dal punto di vista clinico la cosa riesce assai più difficilmente, trovandosi forme di pseudoreumatismi, specialmente streptococcici, che presentano sintomatologia clinica e decorso del tutto corrispondenti al reumatismo i. s. La specificità anatomo-patologica del R. i. s. sarebbe data dalla presenza dei cosidetti noduli di Aschoff e ancor più dalla presenza di quelli che Gräff chiama « noduli tendinei »; accanto a queste formazioni « nodulari », si hanno anche degli infiltrati specifico-reumatici diffusi, e si hanno anche nei tessuti tonsillari e peritonsillari degli infiltrati altamente caratteristici che sono considerati come lesione primaria dell'infezione reumatica. In queste forme di reumatismo non è stato ancora possibile isolare un agente specifico, mentre in altre forme di reumatismo clinicamente simili, si può riuscire a mettere in evidenza l'agente etiologico rappresentato generalmente dallo streptococco. Per questi ultimi casi, che sono, secondo Gräff, notevolmente frequenti, deve essere ammessa una eziologia streptococcica (a volte però possono intervenire altri germi) e una patogenesi focale e allergica: in tutti questi casi si riscontra nell'organismo la presenza di una granulomatosi che per i suoi caratteri istologici si lascia distinguere dalla granulomatosi reumatica specifica, e che si lascia anche differenziare da quelle lesioni istologiche che si hanno in alcune sepsi streptococciche banali, con localizzazioni articolari.

Il prof. FAHR, di Amburgo, ha parlato dell'importanza del reumatismo nell'infanzia, particolarmente delle cardiopatie reumatiche, della loro diagnostica differenziale istopatologica, considerando la granulomatosi reumatica come una forma specifica a eziologia specifica, ma il cui agente è tuttora ignoto. Anche per il reumatismo infantile sembra all'O. che lo streptococco non abbia importanza etiologica.

Il prof. V. CHINI, di Roma, ha svolto la sua relazione, fatta in collaborazione col prof. LUSENA, sulla patologia del reumatismo dal punto di vista dell'infezione streptococcica e dell'infezione focale sperimentale. Riassunte le precedenti ricerche di vari autori sulla eziologia del reumatismo e analizzato il quadro istopatologico della malattia reumatica quale oggi ci risulta dalle più recenti ed accurate indagini, si è fermato particolarmente sul problema se questo quadro istopatologico possa realmente essere considerato come assolutamente specifico del reumatismo, mettendo in evidenza come esistano tuttora al riguardo dei punti oscuri che attendono una maggior precisazione. Passando a considerare la teoria streptococcica, focale, allergica del reumatismo quale oggi è sostenuta da molti autori specie anglo-sassoni, ha messo in evidenza che tutti i singoli argomenti che sono oggi giudicati come favorevoli o contrari a tale teoria, non possano essere considerati in sè e per sè come assolutamente validi e probativi nell'un senso o nell'altro. Tenendo conto delle sue ricerche personali e di quelle condotte in questi anni nella Clinica Medica di Roma, sia dal punto di vista clinico che da quello sperimentale, ampiamente svolte in diversi anni di lavoro, ha cercato di dimostrare che non esiste tuttora alcun argomento sicuramente dimostrativo per la eziologia streptococcica del reumatismo e per la sua patogenesi focale e allergica, come d'altra parte anche gli argomenti che sono giudicati contrari sono volta a volta passibili di critica e pertanto da

considerarsi come non definitivi e risolutivi della questione. Tuttavia per molti casi di reumatismo, sembra realmente che lo streptococco giuochi una grande parte nella eziologia e patogenesi della malattia; si tratta di casi, che corrispondono ai reumatismi streptococcici di Gräff, in cui osservazioni cliniche relative ai rapporti tra la malattia e la presenza di focolai infettivi streptococcici, e indagini di laboratorio (artrotropismo degli streptococchi provenienti da tali focolai, reazioni immunitarie nei reumatici, effetti terapeutici, ecc.) tendono realmente a porre in primo piano lo streptococco quale agente etiologico della sindrome reumatica. L'esistenza di questi pseudoreumatismi streptococcici trova anche riscontro in ricerche sperimentali, secondo le quali, ricorrendo a particolari modalità, si riesce a documentare che la presenza di un focolaio infettivo cronico streptococcico artificiale con germi artrofili nel coniglio, dà origine ad una granulomatosi sistemica, simile, ma non identica, a quella reumatica, e corrispondente a quella di alcuni pseudoreumatismi streptococcici umani. Chini ha pertanto concluso che può essere ammessa l'esistenza di reumatismi a eziologia streptococcica, a patogenesi focale e probabilmente allergica, impregiudicata ancora restando la eziologia del cosidetto reumatismo specifico.

Favorevoli in linea di massima alla natura streptococcica ed allergica del reumatismo si sono mostrati numerosi autori russi che hanno riferito sul problema basandosi su largo materiale clinico e sperimentale.

Il prof. TALALAEFF, di Mosca, ha riferito minutamente sulla essenza del processo endocarditico reumatico dal punto di vista anatomo-patologico sulla scorta di numerose e bellissime osservazioni personali, differenziando i processi endocarditici in senso stretto e quelli che interessano i tessuti connettivi sottoendocardici e particolarmente valvolari e quindi il cosidetto processo valvolitico. L'alterazione istologica reumatica percorre tre stadii: un primo stadio è un processo degenerativo-essudativo; un secondo stadio è un processo granulomatoso corrispondente al granuloma di Aschoff; e infine segue uno stadio di sclerosi, che da Talalaeff è definito come stadio di sclerosi reumatica secondaria, per distinguerlo dal processo di sclerosi reumatica primaria che può intervenire direttamente dopo il primo stadio senza che si siano potuti osservare intercorrenti processi di natura granulomatosa: si può quindi parlare in alcuni casi di specifica lesione reumatica anche in assenza del granuloma di Aschoff. Dal punto di vista eziologico Talalaeff pensa non tanto ad un virus specifico quanto piuttosto a particolari modalità reattive dei tessuti di fronte ad infezioni generalmente streptococciche e ad un meccanismo patogenetico allergico.

In una sala a parte, si sono potute minutamente osservare tutta una serie di bellissime diapositive a colori di casi di miocarditi, valvoliti ed endocarditi reumatiche umane: e inoltre erano a disposizione numerosi e chiari preparati istologici del più alto interesse. Anche dal punto di vista macroscopico, c'era una bella esposizione di preparazioni anatomo-patologiche conservate con tecnica particolare, veramente bellissime, relative a processi reumatici e non reumatici del cuore.

Il prof. STRAGESKO, di Kiew, ha parlato delle proprie ricerche personali sull'importanza dello streptococco nella eziologia e patogenesi del reumatismo, riferendo della grande percentuale di emoculture positive per lo streptococco nei casi di reumatismo, specie iniziali, e anche nella corea e nell'eritema nodoso: in questi ultimi casi di eritema nodoso, ha osservato corrispondenza tra gli streptococchi isolati dal sangue e gli streptococchi isolati da biopsia di noduli di eritema nodoso; e analoghi risultati ha ottenuto in casi di periarterite nodosa. Conclude alla fine ammettendo che il reumatismo non sia una malattia strettamente specifica, ma che possa invece essere sostenuta da diversi agenti morbosi e particolarmente dallo streptococco, attraverso reazioni cellulari di ordine iperergico. Tuttavia il processo anatomo-patologico non è da considerarsi come esclusivamente riconducibile ad una reazione allergica, in quanto esistono casi in cui nei tessuti mesenchimali sono anche presenti dei germi (streptococchi) che devono rappresentare una certa parte nella patogenesi della lesione istogena reattiva.

La dott.a KLUJEVA, di Mosca, ha esposto i risultati di interessantissime ricerche sperimentali condotte su largo numero di animali, intorno all'azione sensibilizzante del siero di individui reumatici, azione che porta ad una ipersensibilità dei conigli di fronte allo streptococco, in modo tale che una successiva iniezione di streptococchi in dose di per sè non mortale porta rapidamente a morte l'animale.

Di svariati problemi di ordine specialmente biochimico e fisiopatologico in rapporto alla patogenesi di manifestazioni reumatiche, ha parlato il prof. ALPERN, fisiologo di Karkow, interpretando la reazione mesenchimale reumatica come una reazione di tipo iperergico e mettendo in evidenza l'importanza che sullo svolgersi di tali fenomeni iperergici locali possono avere diverse sostanze, e specialmente l'acido urico.

Tra le varie comunicazioni sul tema « La Patologia del reumatismo », va ricordata anche quella del prof. AKIL MUKTAR, di Istambul, che ha riferito di casi personali di reumatismo che erano risultati salicilico-resistenti, nei quali è spesso documentabile clinicamente la natura focale: degni di interesse due casi in cui la sintomatologia clinica scomparve completamente, mentre era stata precedentemente insistente e ribelle ai vari trattamenti, dopo appendicectomia; trattavasi di due casi di appendicite cronica. Risultati analoghi ha avuto a volte dopo tonsillectomia.

La prof.a REICHER, di Varsavia, ha riferito sulla frequenza del reumatismo nella Polonia, mettendo in evidenza che in quel paese la vera malattia reumatica è piuttosto rara e che invece particolarmente frequenti sono casi di reumatismo subacuto e cronico che intervengono nella popolazione femminile particolarmente in corrispondenza del periodo della menopausa, e richiama in base a queste constatazioni l'importanza di fattori generali e di ordine endocrino sulla patogenesi del processo reumatico.

Nella discussione che è seguita alle relazioni e comunicazioni sul tema « La Patologia del reumatismo », sotto la presidenza del prof. Pisani,

hanno preso la parola i proff. SCHOTTMÜLLER, FAHR, GRÄFF, sulla relazione del prof. CHINI, per chiarire il concetto di reumatismo specifico e l'importanza delle forme a eziologia streptococcica; ha parlato per ultimo il prof. CHINI mettendo in evidenza i punti di contatto tra le sue idee e quelle particolarmente del prof. Gräff sull'esistenza dei reumatismi streptococcici, il cui quadro fondamentale si riesce ad ottenere sperimentalmente ricorrendo alla provocazione nell'animale di un focus con streptococchi artrofili.

* * *

Il giorno 5 maggio, la seduta è stata dedicata al problema « Le indicazioni della balneoterapia nel reumatismo ». Hanno svolto le loro relazioni i proff. DANICHEVSKY (Mosca), GUNZBURG (Anversa), PISANI (Firenze), PALUMBO (Firenze), PEVSNER (Mosca), NALBAUDOV (Odessa), KAHLMETER (Stoccolma).

Il prof. DANICHEVSKY ha trattato l'argomento da svariati punti di vista fermandosi a lungo sulla organizzazione e sul funzionamento delle numerose stazioni termali esistenti nella U. R. S. S., sullo studio sistematico delle acque minerali, sui fattori terapeutici principali che intervengono nel meccanismo d'azione delle acque termali. La grande ricchezza di stazioni termali della U. R. S. S. permette una opportuna suddivisione dei malati in modo che le cure corrispondano ad una esatta, per quanto è possibile, indicazione caso per caso: l'Istituto centrale di Idrologia e di Climatologia in accordo con altri analoghi Istituti balneologici, compie un accurato controllo sull'efficacia delle cure stesse, e già in questi primi anni è stato studiato accuratamente un materiale clinico enorme.

La relazione del prof. PISANI si riferiva alla cura con fanghi termali nelle malattie reumatiche dell'apparato locomotore. L'O. tratta il problema da svariati punti di vista iniziando col definire le norme generali di ordine clinico e di ordine crenologico che devono indirizzare la prescrizione di un trattamento fangoterapico, mettendo in evidenza i criteri da seguire di fronte a casi particolarmente subacuti di varia natura e nei quali possono esistere condizioni che controindicano il trattamento termale: è necessario pertanto da un lato lo studio clinico accurato del malato, dall'altro è indispensabile la conoscenza del meccanismo d'azione della fangoterapia; meccanismo d'azione che viene accuratamente analizzato sia da un punto di vista clinico sia da un punto di vista più strettamente biologico: lo studio delle « reazioni » che seguono al trattamento, è guida per l'interpretazione del suo meccanismo, e per la sua indicazione. Queste « reazioni » sono minutamente analizzate, così come sono completamente studiate tutte le modificazioni organismiche specie d'ordine biochimico che sono in rapporto col trattamento, che variano a seconda dei singoli fanghi, che sono in rapporto con la costituzione del soggetto in esame e con la forma morbosa trattata, che vanno tutte ben tenute presenti, che costituiscono tutto un complesso e in parte tuttora ignoto intrecciarsi di fattori, ciascuno dei quali giuoca una parte in quelli che sono i risultati fondamentali della fangoterapia. Gli importanti studi di tutta una serie di autori italiani, condotti in questi ultimi tempi presso laboratori specializzati di recente istituiti a lato delle principali nostre stazioni termali, sono opportunamente messi in evidenza e valorizzati. In questo campo lo stesso Pisani ha eseguito ricerche di grande importanza. Tutto l'argomento è stato trattato in maniera completa dal punto di vista clinico e scientifico.

Il prof. KAHLMETER, di Stoccolma, ha parlato del trattamento del reumatismo con agenti fisici anche all'infuori delle stazioni termali. Il trattamento fisioterapico nelle forme acute non è utilizzabile se non sotto forma di calore moderato e, in alcuni casi, di radioterapia. È particolarmente nelle forme articolari consecutive a reumatismo che il trattamento dovrà essere largamente ed energicamente applicato, così come nelle forme tipicamente cronicizzanti, nelle quali bisognerà ricorrere caso per caso anche ad opportuni trattamenti ortopedici. Nelle forme nevralgiche e mialgiche occorre procedere con prudenza in casi acuti facendo uso piuttosto della radioterapia; in casi non più acuti, il trattamento termoterapico dovrà essere energico. Nelle forme più ribelli il trattamento radioterapico sembra essere il più efficace.

Il prof. PALUMBO, di Firenze, ha trattato della radioterapia microenergetica nelle sindromi reumatiche. L'uso di acque radioattive naturali può essere opportunamente sostituito da quello di acque cui viene conferito artificialmente un determinato grado di radioattività mediante opportune modalità (cosidette « fontane radioattive »), grado di radioattività che può essere a sua volta graduato a seconda delle indicazioni e degli effetti che si desiderano ottenere. Il controllo della radioattività è indispensabile, per evitare azioni non volute. L'O. analizza dal punto di vista scientifico l'azione biologica delle emanazioni, mettendo in evidenza, tra l'altro, la netta azione antiuricemica delle emanazioni radioattive; e analizza altresì la tecnica del trattamento tenendo conto della sua lunga esperienza personale. Tutte queste conoscenze permettono di stabilire delle indicazioni terapeutiche precise, che l'O. tratta e discute, riferendo alla fine gli importanti risultati ottenuti, che in alcuni casi pongono in primo piano, purchè sia opportunamente condotto, il trattamento radioterapico di svariate affezioni.

Anche altri oratori hanno portato il proprio contributo personale relativo al meccanismo d'azione e ai risultati dei trattamenti fisio- e balneoterapici nelle affezioni reumatiche.

* * *

L'ultima seduta scientifica è stata dedicata al problema del reumatismo nei lavoratori dei trasporti, nei minatori e nei metallurgici.

Diversi autori hanno portato il contributo delle loro osservazioni personali.

Il prof. PLATE, di Amburgo, ha messo in evidenza come in queste categorie di lavoratori l'intensità di lavoro fisico si accompagna frequentemente ad una notevole fatica e a frequenti condizioni di raffreddamento, elementi che devono avere certamente influenza sulla grande frequenza di reumatismi muscolari che si riscontrano in detti lavoratori. Inoltre in alcune categorie, specie di operai metallurgici, il tipo particolare di lavoro cui sono sottoposti, porta ad un impiego non armonico della musculatura, donde facili alterazioni cartilaginee di alcuni segmenti e conse-

guente facilitato sviluppo di alterazioni articolari a tipo di artrite deformante. Negli operai addetti ai trasporti, particolarmente in quelli che sono sottoposti a sollevamenti di pesi (scaricatori di porti, ecc.) le modalità in cui si compie il loro lavoro predispongono frequentemente a forme mialgiche: è particolarmente il sovracarico imprevisto che è in questo senso dannoso; ed anche il modo con cui un determinato peso è trasportato: così, occorre tener presente che il centro di gravità deve rimanere, se è possibile, al disopra del punto di sostegno.

Il prof. Edström, di Göteborg, occupandosi della frequenza di malattie reumatiche in alcune categorie di lavoratori, richiama anzitutto la notevole frequenza del reumatismo nella Svezia, la sua tendenza all'aumento, e dimostra sulla scorta di accurate statistiche ed osservazioni cliniche che le malattie reumatiche sono notevolmente più frequenti nei lavoratori che compiono il loro lavoro in grandi officine e più ancora all'aperto, che non nei lavoratori che svolgono le loro occupazioni a domicilio. Inoltre da un punto di vista sociale, risulta che per la incapacità al lavoro il reumatismo articolare ha minore importanza di altre forme di reumatismo (lombaggine, sciatica, ecc.).

Il prof. De Munter, di Liegi, trattando del reumatismo cronico quale malattia professionale dei minatori, giudica che alcune particolari caratteristiche che si possono osservare nei lavoratori delle miniere addetti a lavori di galleria, siano realmente da mettersi in relazione col particolare tipo di lavoro compiuto e coi continui microtraumatismi cui vanno soggette determinate articolazioni e determinati gruppi muscolari.

Altre comunicazioni su questo problema particolarmente interessante dal punto di vista sociale e professionale sono state svolte specie da studiosi russi (Steriopulo, Rosen, Brustein e Barishnikow, Kagan, ecc.).

* * *

Il giorno 10 maggio a Leningrado, sotto la presidenza del prof. Karpinski, presidente dell'Accademia di Scienze di Leningrado e membro della nostra Accademia dei Lincei, sono state tenute due importanti relazioni, una dal prof. Anitshkow sul significato del sistema reticolo-endoteliale durante i processi di accumulo e di distruzione di sostanze eterogenee, l'altra dal prof. Orbeli, della Scuola del Paulow, su alcune questioni fondamentali relative al problema del dolore. Il problema del dolore è stato a fondo trattato dal punto di vista della sua fisiopatologia: sono state passate in rassegna tutte le più moderne concezioni sulla sua essenza, e l'O., che si occupa da lungo tempo dell'argomento, ha esposto il risultato di sue ricerche sperimentali relative specialmente alla localizzazione del dolore che sarebbe legata, tra l'altro, al funzionamento di un centro che avrebbe la sua sede nel talamo ottico: sono stati mostrati degli animali (gatti) nei quali la puntura in una determinata sede del talamo ottico porta ad una mancata localizzazione del dolore. Il prof. Anitshkow ha trattato in maniera completa della fisiopatologia del sistema reticolo-endoteliale, esponendo il risultato di sistematiche ricerche condotte nel suo Istituto, tra cui interessanti quelle che si riferiscono alla diretta osservazione in vivo del fenomeno dell'immagazzinamento di sostanze eterogenee entro elementi reticolo-endoteliali, all'importanza della sostanza fondamentale del connettivo nei fenomeni di accumulo, specie in rapporto ad alcuni problemi di patologia, alle profonde alterazioni che si hanno nel plasma per introduzione di sostanze colle quali si intende studiare la fisio-patologia del sistema: alterazioni che spesse volte sono direttamente responsabili di per sè di fatti che vengono invece interpretati come più strettamente legati al sistema reticolo-endoteliale.

Nella discussione che è seguìta su questa comunicazione e alla quale hanno partecipato i proff. Schottmüller, Fahr, Gräff, il prof. Chini ha inteso ricordare le ricerche di diversi autori italiani che hanno studiato dal punto di vista istologico e fisio-patologico i tessuti istiocitari articolari, mettendo in evidenza la loro importanza in svariati processi patologici articolari, e quindi anche i loro rapporti con il problema del reumatismo in generale, quali risultano anche da sue ricerche personali.

Chini.

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 17 maggio 1934.

Teratoma sacrale.

Prof. O. Margarucci. — L'O., premessi alcuni accenni sui tumori che possono osservarsi nella regione sacro-coccigea e particolarmente sui tumori a carattere congenito o che prendono tardivamente origine da residui embrionali, si sofferma ad illustrare un caso di tumore congenito, caratterizzato dalla presenza di formazioni istologiche varie, con prevalenza di tessuti enterali (teratoma). Ne espone il quadro clinico e il trattamento.

Discussione: prof. Vernoni, dott. Panagia e Sovena.

Un caso singolare di rottura dell'utero in travaglio di parto.

Dott. E. Fronticelli. — Intervento eseguito in narcosi. L'O. ritiene che alcuni casi di lacerazione di Baude vengano a determinarsi non tanto per un semplice fattore meccanico, quanto per una irregolarità funzionale del segmento inferiore. La contrazione del corpo uterino esercitandosi sulla sottostante parte segmentaria in ipertono o spasmo, ne determinerebbe assai più facilmente la frattura.

Su di un caso di sifilide con reazione Wassermann irriducibile.

Dott. G. Chiucini. — L'O. riferisce di una ragazza di 21 anno, che fu contagiata di lues dalla balia all'età di 10 mesi e rimase quasi senza cure fino all'età di 10 anni. Allora, in seguito ad una R. W. risultata positiva, la p. ha praticato cure energiche fino ad oggi, ma le reazioni sierologiche hanno dato sempre risultato positivo, mentre l'esame del liquor è risultato negativo.

Il caso è importante per l'irriducibilità della Wassermann, malgrado il trattamento protratto per 11 anni, in una giovane in buone condizioni di salute e senza tare ereditarie.

Discussione: Antonelli, Panagia, Vernoni.

Il Segretario: A. D'Avack.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Mestruazione e malattie.

Il periodico ritorno del flusso mestruale induce dei cambiamenti nel suo stato di salute e nel suo carattere, anche nella donna normale e tanto più in casi di malattia. W. C. W. Nixon (*Practitioner*, marzo 1934) dimostra la importanza dello studio dell'argomento, dando anche alcune indicazioni pratiche in proposito.

L'intervallo mestruale è, generalmente, di 28 giorni; la durata della perdita, di 4 e la quantità di sangue espulsa di circa 180 grammi. Durante il periodo mestruale, si ha una minore frequenza del polso; la pressione sistolica si innalza in antecedenza e durante la prima parte del periodo mestruale. Vi è pure innalzamento premestruale del metabolismo basale, seguìto poi da abbassamento. Le cause che provocano la frequenza o l'abbondanza della mestruazione si accompagnano generalmente ad aumento del metabolismo basale e viceversa. Il calcio del siero aumenta prima del periodo e si abbassa durante questo. La glicemia è più elevata durante il periodo.

Per quanto riguarda le diverse malattie in rapporto con la mestruazione, l'A. rileva quanto segue.

Malattie della tiroide. Secondo alcuni, il tipo di mestruazione varia inversamente al grado di attività tiroidea (tendenza all'aumento dell'ipotiroidismo e all'amenorrea nell'ipertiroidismo). Altri hanno osservato menorragie in quest'ultima condizione. Alcuni chirurghi considerano l'amenorrea, nel morbo di Basedow, di significato grave, tanto da indurre a ritardare l'intervento.

Tubercolosi. È più comune l'amenorrea, specialmente sotto i 30 anni; più avanzata è la malattia, più frequente l'amenorrea, preceduta talvolta da menorragia. Spesso precoce è la dismenorrea. Frequenti sono gli elevamenti della temperatura premestruali che, se sono elevati possono avere un cattivo significato pronostico. Spesso, durante i mestrui, si ha esacerbazione di tutti i sintomi e segni.

Tifoide. Generalmente cessano le mestruazioni, anche per 2-3 mesi. Una menorragia molto abbondante all'acme della malattia è di cattivo significato pronostico. In generale, quando l'inizio della malattia corrisponde col periodo mestruale, la malattia si manifesta grave e con manifestazioni nervose spiccate, specialmente estrema sensibilità al freddo e sintomi isteriformi; in tali casi, l'idroterapia tende piuttosto ad esagerare i sintomi.

Malattie gastro-intestinali. Aumento di acido cloridrico, libero e combinato, dell'acidità totale e della quantità del succo gastrico, durante il periodo. Nell'ulcera, maggiore è il dolore e la tendenza alla emorragia; esacerbazioni della colelitiasi.

Dismenorrea nasale. Un'area di tessuto erettile si trova anteriormente, all'estremo del turbinato inferiore, chiamata « macchia genitale »; tale area sanguina, se toccata durante la mestruazione. Sono menzionati casi di dismenorrea migliorati in seguito alla cocainizzazione di tale macchia. L'A., in casi di grave dismenorrea, la fece cauterizzare; se ne ebbe come effetto una forte colica uterina un paio d'ore dopo, senza nessun miglioramento della condizione nei mesi successivi.

Malattie del sangue. La clorosi (attualmente rara) è quasi sempre accompagnata da amenorrea o quasi, con prolungamento dei periodi intermestruali; frequente è la dismenorrea. Unico rimedio, in tali casi, sono le pillole del Blaud. Nell'anemia perniciosa, la mestruazione è generalmente soppressa, mentre la leucemia è associata con menorragia. L'A. cita dei casi di anemia splenica con grave menorragia, guarita con la splenectomia. Nell'anemia semplice acloridrica, si ha di regola menorragia.

Altre malattie. Nel diabete, l'amenorrea è frequente, specialmente negli ultimi stadi; la influenza della mestruazione è sfavorevole e si ha aumento dell'eliminazione del glucosio e dell'acetone. Nella febbre reumatica, si ha esacerbazione delle condizioni articolari durante il periodo. La polmonite è generalmente associata con grave menorragia ed il periodo mestruale è spesso anticipato dall'attacco. Lo stesso accade per l'influenza, ed in genere per le infezioni acute, salvo per la tifoide.

Nella sifilide terziaria, l'amenorrea è frequente, e la cura con mercurio e joduri porta miglioramento. Le intossicazioni croniche (alcool, morfina, piombo) sono accompagnate da amenorrea. Le eruzioni cutanee hanno rapporti definiti con la mestruazione, con esacerbazioni durante il periodo; la somministrazione di gluconato di calcio porta miglioramenti.

Malattie mentali. È nota l'epilessia mestruale, per cui può venire discussa la convenienza di una menopausa artificiale con raggi X o radio. Gli attacchi isterici e l'emicrania possono manifestarsi durante il periodo. L'amenorrea o la scarsezza del flusso sono caratteristici delle forme di pazzia. Il timore, le emozioni, l'ansia od ostacoli sessuali sono spesso associati con menorragia o continuo sanguinamento uterino. L'amenorrea non è di per sè dannosa alla salute, ma può influire sullo stato mentale della donna.

fil.

Emorragie da caustici chimici introdotti in vagina a scopo abortivo.

Alla lunghissima serie dei mezzi adoperati finora a scopo abortivo, un altro se ne aggiunge: il permanganato di potassio in compresse. Esso, a contatto delle sostanze organiche, cede ossigeno attivo e le distrugge, mentre si riduce a biossido di manganese. È dunque un caustico che produce escare e può causare emorragie senza molto dolore.

In un periodo di tempo relativamente breve, S. Roberto (*La Clinica Ostetrica*, febbraio 1934) ha avuto occasione di osservare sette donne, di cui 6 gravide, con emorragia vaginale in atto di discreta entità, talvolta addirittura anemia acuta. In qualche caso, la donna era stata inviata con sospetto di aborto.

L'esame accurato ha fatto rilevare in vagina delle ulcerazioni, da cui proveniva l'emorragia. All'interrogatorio, si è venuti a sapere che le donne in parola avevano introdotta in vagina una pastiglia di permanganato di potassio a scopo abortivo.

In presenza di una donna con emorragie vaginali, è quindi necessario procedere ad un esame accurato di tutto il sistema genitale. Con l'applicazione delle valve, si scoprirà in casi analoghi a quelli dell'A., la ulcerazione o le zone di necrosi.

Fra le svariate cause che possono dar luogo ad emorragia vaginale, (corpo estraneo, coito, rottura di varici, penetrazione di sanguisughe) è quindi necessario tener presente anche questa, per mettere in opera l'adatta terapia. Nei suoi casi, l'A. ha fatto un tamponamento vaginale stipato con garza allo iodoformio ed ha curato con i mezzi consueti alle condizioni anemiche. VICENTINI.

Arrenoblastoma dell'ovaia.

Taylor, Wolfermam e Krock (*Surg., Gyn. a. Obst.*, 1933) riportano un caso di tumore dell'ovaio composto di elementi che riproducono in modo notevole il tipo dei tumori del testicolo. Sono neoplasmi rarissimi (in tutta la letteratura ne sono descritti 27 casi compreso quello degli AA.) a carattere prevalentemente maligno ma raramente capace di dare riproduzioni e metastasi.

La caratteristica più singolare è di modificare i caratteri sessuali secondari delle pazienti che acquistano molti segni del sesso maschile (atrofia delle mammelle, distribuzione di pelo a tipo mascolino, alterazione della voce, scomparsa delle mestruazioni con sviluppo anormale del clitoride, ecc.). La p. di cui è riportato il caso presenta appunto tali modificazioni sessuali con lo sviluppo del tumore; dopo l'asportazione riacquistò i caratteri femminili.

Il nome è stato dato dal Meyer che ne descrisse i primi casi. La loro origine è oscura, forse derivano dal mesenchima dell'ovaio. V. GHIRON.

Mammella sanguinante per ectasia generalizzata dei galattofori.

P. Moulonguet e J. Rousset (*Journ. de Chir.*, aprile 1934) ricordano come questa affezione, bene studiata da Lecène, è una sindrome, più di frequente secondaria a tumore vegetante o papillifero intracanicolare, ma che può pure aversi per semplici turbe funzionali, per iperplasia semplice diffusa dell'epitelio dei galattofori visibile soltanto istologicamente (iperplasia disgenetica di Cheatle), per una adenoma o angioma mammaria o per un adenocarcinoma, o nel decorso di una mastite policistica di Reclus. La mammella sanguinante per ectasia dei galattofori rappresenta una rarità e gli AA. ne hanno osservato 1 caso che sembra il settimo della letteratura.

Clinicamente si ha la fuoriuscita di sangue da più pori galattofori del capezzolo mentre colla palpazione non si apprezza alcuna tumefazione. Al tavolo operatorio si trovano i galattofori dilatati, sinuosi, ripieni di sangue, con epitelio assottigliato, mentre il tessuto mammario può essere atrofico o ipertrofico. Il sangue può provenire dai galattofori o dagli acini. Si pensa che sii un'affezione congenita ed essendo benigna va curata con l'amputazione sottocutanea della mammella. R. GRASSO.

Ipertrofia diffusa massiva delle mammelle in ragazze.

Cecil P. G. Wakeley (*The Practitioner*, maggio 1934) fa notare che sebbene quest'affezione sia una ben nota entità clinica, pure pochi casi sono stati studiati accuratamente.

È più frequente nei tropici e l'ipertrofia riguarda tanto il tessuto ghiandolare che quello interstiziale. È un errore di credere che l'aumento di volume sia dovuto solo al grasso e al connettivo.

L'ipertrofia è più spesso bilaterale, ma può anche essere unilaterale. L'inizio si ha press'a poco alla pubertà e l'aumento di volume è tale da dare spesso dolori. A volte le mammelle sono così grandi da appoggiarsi alle ginocchia quando l'ammalata è seduta. Le mammelle non funzionano; anche per gravidanza raramente secernono latte.

L'etiologia è ignota; probabilmente è endocrina, tanto più se si hanno spesso contemporaneamente irregolarità mestruali.

L'asportazione non deve essere parziale, perchè se parziale non basta ad evitare ulteriori disturbi.

L'A. descrive quattro casi, tutti trattati coll'asportazione totale delle mammelle. In tre di questi i disturbi psichici che c'erano scomparvero dopo l'intervento e le operate ridiventarono allegre e socievoli. Una di queste operate ebbe qualche anno dopo un bambino. In un caso solo c'erano dei piccoli adenomi, oltre l'ipertrofia mammaria. R. LUSENA.

TECNICA DI LABORATORIO.

Nuovo metodo per la conta delle piastrine.

Avendo intrapreso uno studio sulle piastrine ed abbisognando di parecchie conte giornaliere F. Amantea, (*Rinascenza Medica*, 15 marzo 1934) sembrandogli poco pratici i metodi finora in uso, ne ha cercato uno nuovo più semplice e per quanto possibile più esatto.

Punto il dito con ago di Frank si aspira con la comune pipetta globuli rossi, una goccia di sangue fino al 0,5 e poi una soluzione della formula seguente:

Citrato di sodio	gr.	2
Solfato di magnesio	»	3.00
Acqua distillata	»	100

fino al segno 101. Si agita bene e poi si mette una goccia sul Thoma-Zeiss. Per ottenere la colorazione delle piastrine, fra le varie sostanze sperimentali, l'A. preferisce il Metableu B, che le fa apparire brunastre.

Per il conteggio si procede così: si contano le piastrine contenute in cinque quadrati grandi, meglio in un multiplo di 5, e si fa come per i globuli rossi.

Contemporaneamente alla conta delle piastrine si possono contare anche i globuli rossi.

L'A. ha controllato il suo metodo su soggetti normali e su ammalati delle più svariate forme ed ha osservato che i suoi risultati sono riportabili perfettamente a quelli ottenuti col metodo classico del Bizzozzero e del Fonio. Egli pur non potendo affermare in modo assoluto la bontà del metodo da lui trovato, lo raccomanda se non altro, per la sua grande semplicità. VICENTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Profilassi individuale della malaria. — All'abb. n. 2897:

Nulla di nuovo vi è nei riguardi della profilassi *individuale* della malaria.

Essa deve basarsi su due misure fondamentali:

1) difesa meccanica;
2) profilassi chininica.

La prima, ottenuta a mezzo delle reticelle metalliche alle porte, finestre ed a *tutte* le aperture per le quali potrebbero penetrare gli Anofeli, deve essere *perfetta* sotto tutti i punti di vista.

Può essere resa più efficace con le nebulizzazioni di insetticidi liquidi (ottimo l'Ite della Casa Zambon di Vicenza) da praticarsi ogni sera nelle stanze da letto.

La seconda può praticarsi con somministrazioni di compresse di chinino sia giornaliere sia bidiarie settimanali.

La dose ritenuta utile è per gli adulti:

nei mesi di maggio-giugno-ottobre-novembre due confetti al giorno pari a centgr. 40; nei mesi di luglio-agosto-settembre tre confetti al giorno pari a centgr. 60 di chinino.

Se si vuole usare il chinino settimanalmente esso deve essere somministrato come segue:

Nei mesi di maggio-giugno-ottobre e novembre:

cinque confetti al sabato gr. 1; cinque confetti alla domenica gr. 1, gr. 2 settimanali.

Nei mesi di luglio-agosto-settembre:

cinque confetti al sabato gr. 1; cinque confetti alla domenica gr. 1; cinque confetti al mercoledì gr. 1, gr. 3 settimanali.

G. ALESSANDRINI.

VARIA

L'aspiroclisi.

J. Frumusan e F. S. de Mendoza (*Bull. Acad. de Méd.*, 6 marzo 1934) hanno ideato una sonda a doppia corrente per il lavaggio e la detersione del colon.

L'immissione del liquido ha luogo sotto debole pressione, attenuata ancora dalla molteplicità dei fori d'uscita. Invece l'aspirazione viene regolata a 35 cm. incirca di mercurio. Tuttavia essa non esercita alcuna suzione sulla mucosa del colon e non lo irrita, grazie alla disposizione degli orifizi della sonda.

Il liquido impiegato è asettico, isotonico e isovischioso col siero di sangue; può essere variamente medicato, addizionato di vaccini, ecc.

L' « aspiroclisi » si mostrerebbe superiore all'enteroclisi e, sovratutto, al clistere, che fanno eliminare solo una parte delle materie fecali e possono facilitarne il riassorbimento. Gli AA. hanno applicato il metodo in casi di stitichezza ostinata, di coliti e di disturbi varii: del fegato, dei reni, del sistema nervoso (p. es. astenie e depressioni) attribuiti a stercoremia. Il metodo è innocuo. Esso determinerebbe azioni locali e generali molto benefiche. G. T.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. ROASENDA. *Convergenza dei bulbi oculare insufficiente nella paralisi periferica del n. facciale.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1933.

R. CONFALONE. *Il lipovaccino T. A. B. (oleo-vegetale) e le complicanze a tipo ascessuale.* — Tip. Di Lauro, Napoli, 1934.

O. UFFREDUZZI e E. LUGARO. *Su un caso di glioma del lobo frontale.* — Tip. Amosso, Biella, 1933.

I. STERZI. *Ultravirus e antivirus.* — Tip. Osped. Psichiatrici Provin., Venezia, 1934.

G. SALVADORI. *La tubercolosi laringea ed i suoi rapporti con la tubercolosi polmonare.* — Tip. Fata Morgana, Reggio Calabria, 1934.

E. E. FRANCO. *L'ipertrofia della prostata.* — Tip. Proia, Roma, 1933.

E. E. FRANCO. *Il concetto, lo studio ed i fini dell'anatomia patologica.* — Tip. Grafica, Perugia, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

Le nuove disposizioni per la tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli.

Due importanti provvedimenti legislativi sono stati emanati di recente dal Governo Fascista allo scopo di perfezionare la tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli e la difesa della maternità delle lavoratrici.

Infatti la *legge 26 aprile 1934 n. 653 per la tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli* ed il *R. decreto-legge 22 marzo 1934 n. 654 per la tutela della maternità delle lavoratrici* riuniscono le norme contenute nel Testo unico della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli 10 novembre 1907 n. 818 e successive modificazioni, e quelle del R. decreto-legge 13 maggio 1929 n. 850 per la tutela delle operaie ed impiegate durante lo stato di gravidanza, nonchè del R. decreto 24 settembre 1923 n. 2157 sulla Cassa nazionale di maternità, integrandole con tutte le altre leggi e decreti che si occupano dell'igiene del lavoro e della protezione della maternità ed infanzia ed ampliandole opportunamente (*).

Le due leggi sono pubblicate sulla « Gazzetta Ufficiale » del 27 aprile 1934 n. 99 (straordinaria). Quella riguardante la tutela della maternità è già stata di recente illustrata sul « Policlinico » (n. 19 del 14-V-34); interessa perciò illustrare brevemente anche le principali disposizioni della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli, sopratutto in confronto con quelle precedentemente in vigore.

La nuova legge definisce come fanciulli coloro che non hanno compiuti i 15 anni e come donne minorenni quelle che hanno compiuto i 15 anni ma non i 21; essa porta da 12 a 14 anni l'età al disotto della quale è vietato adibire fanciulli al lavoro e rispettivamente eleva da 13 a 16 anni il limite di età per i lavori sotterranei (miniere, gallerie, ecc.) ove non esiste trazione meccanica, mantenendo la esclusione per le donne. Nei lavori che dal Ministero delle Corporazioni verranno dichiarati pericolosi, faticosi o insalubri, è vietato l'impiego delle donne minorenni e dei fanciulli; tale divieto è inoltre esteso:

a) ai minori di 16 anni per il sollevamento di pesi e per il loro trasporto su carriole o su carretti a braccia a due ruote, quando vi siano speciali condizioni di disagio o di pericolo; e per i lavori di carico e scarico dei forni delle zolfare della Sicilia;

b) alle donne minorenni per i lavori di pulizia e di servizio di motori, organi di trasmissione e macchine in moto;

c) ai minori di 16 anni per l'impiego nelle sale cinematografiche, nella preparazione di spettacoli cinematografici od in rappresentazioni pubbliche, escluse quelle aventi scopo educativo, e salvo casi particolari da autorizzarsi dal Prefetto;

d) ai minori di anni 16 per l'impiego in mestieri girovaghi, anche da parte dei genitori, ascendenti e tutori;

e) ai minori di anni 18 nella somministrazione al minuto di bevande alcooliche (estensibile anche alle donne per ragioni di moralità e di ordine pubblico);

f) ai minori di anni 18 per le manovre ed il traino dei vagonetti.

In casi particolari il Ministero delle Corporazioni può concedere deroghe ai suddetti divieti per l'impiego di fanciulli di età non inferiore a 12 anni e sempre compatibilmente alle esigenze della salute, della moralità e dell'istruzione dei fanciulli stessi.

La nuova legge conferma l'obbligo del libretto di lavoro e del relativo certificato medico di idoneità per i fanciulli e le donne minorenni. Il rilascio dei certificati, sempre gratuito e ordinariamente di competenza dell'ufficiale Sanitario, può essere affidato anche ai medici dell'Opera per la protezione della maternità e dell'infanzia o di istituzioni assistenziali.

Per l'impiego in lavori di trasporto e sollevamento di pesi, nelle sue varie modalità, la legge determina i carichi massimi di cui possono esser gravati i fanciulli minori di anni 17 e le donne.

Definito che cosa deve intendersi per periodo di notte (undici ore consecutive comprendenti l'intervallo dalle 22 alle 5), viene sancito il divieto del lavoro notturno per le donne e per i minori di anni 18 (colla legge precedente anni 15), salvo le disposizioni per la panificazione. Il divieto non si applica ai minori che abbiano compiuto 16 anni per le seguenti industrie richiedenti l'orario di lavoro continuato: acciaierie e ferriere, vetrerie, cartiere, lavorazione dello zucchero grezzo, riduzione di minerali d'oro; ed altre eventuali da determinarsi dal Ministero delle Corporazioni; il quale ha pure facoltà, in casi eccezionali, di ridurre il periodo di lavoro notturno o di autorizzare altre deroghe al divieto di esso.

Le disposizioni relative agli orari e ai turni di lavoro, ai periodi di riposo, alle interruzioni, ecc., che prima erano contenute nel regolamento, sono state introdotte nella legge, conferendo loro maggiore autorità ed importanza. Lo stesso dicasi per le norme dirette alla tutela dell'igiene e della sicurezza dei locali di lavoro e loro dipendenze, dei dormitori e dei refettori, nei casi in cui non si applica il regolamento per l'igiene del lavoro. Anche l'obbligo delle visite mediche periodiche ai

(*) V. anche Policlinico, Sez. pr., n. 44 del 2 novembre 1931.

fanciulli ed alle donne minorenni, addette al lavoro, è stato introdotto nella legge.

Disposizioni finali sanciscono le ammende per i contravventori e stabiliscono che la legge entrerà in vigore novanta giorni dopo la pubblicazione del decreto che approverà il tipo del libretto di lavoro, nel quale sarà inserita la scheda sanitaria.

Come si rileva da quanto abbiamo esposto, la nuova legge sulla tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli, non si limita a raggruppare le norme contenute in varie disposizioni precedenti, rendendone più facile l'applicazione, ma ne allarga notevolmente la portata sanitaria e sociale e rappresenta così un altro documento di quella politica di protezione e di difesa della salute dei lavoratori e della razza, che costituisce uno dei capisaldi del Regime.

A. FRANCHETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALEZIO (*Lecce*). — Scad. 30 giu.; L. 8850 e 5 quadrienni dec.; riduzioni; età limite 35 a.

AURISINA. — (Vedere DUINO).

BELLUNO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 25 lug.; direttore del consorzio e del dispensario; aiuto medico del dispensario; stipendi L. 22.000 e L. 10.000 già depurati del 12 %, al lordo del 6 %; rimborso spese di viaggio; indennità; età limite 45 a. al 22 mag. Dal primo concorso sono escluse le donne.

BIANZÈ (*Vercelli*). — Scad. 30 giu.; L. 7000 e 10 bienni ventes., c.-v., trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

BRINDISI. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 25 lug.; direttore del Dispensario d'igiene sociale di Ostuni; titoli ed esami; L. 8500 e 2 quadrienni di L. 500 oltre L. 2000 serv. att.; riduzioni; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 22 mag. Chiedere annunzio.

CALABRITTO (*Avellino*). — Scad. 10 agosto; 2 condotte; L. 6000 e L. 7000, oltre 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,10. Chiedere altre condizioni.

CAMMARATA (*Agrigento*). — Scad. 23 lug.; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; riduzioni; tassa L. 50.

CARROSIO (*Alessandria*). — Scad. 31 lug.; lire 7000, età limite 35 a.

CORLEONE (*Palermo*). — Scad. 30 giu.; 2ª condotta; L. 8000 per 1000 poveri, oltre indennità per assistenza ai borghigiani di Ficuzza; riduz.

DOMASO (*Como*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 e 4 quinquenni dec.; addizionale L. 5 sopra i 400 iscritti, trasp. L. 3500, ambulat. L. 500; riduzioni; tassa L. 50.

DUINO-AURISINA (*Trieste*). — A tutto il 30 luglio 1934 è aperto il concorso, per titoli, ad un posto di medico chirurgo per il Consorzio dei Comuni di Duino-Aurisina e Sgonico, con sede in Aurisina. Al posto vanno annessi i seguenti emolumenti al lordo delle ritenute e delle riduzioni di legge: stipendio annuo L. 9000, aggiunta di attività L. 1500, caro-viveri come per gli statali, indennità di trasporto per autoveicolo L. 3000, assegni di Ufficiale Sanitario L. 1400. Per informazioni rivolgersi al Comune di Aurisina (Trieste).

GIRIFALCO (*Catanzaro*). — Scad. 30 giu.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; riduzioni; età limite 45 a.; tassa L. 50,10.

INTRA (*Novara*). *Congregazione di Carità ed Opere Pie Riunite.* — Proroga a tutto il 6 luglio del concorso a medico chirurgo direttore dell'Ospedale Civile di S. Rocco.

ITRI (*Roma*). — Scad. 31 lug.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Scad. 29 giu.; L. 5500 e 3 quinquenni dec.; età limite 39 a.; tassa L. 50.

MALALBERGO (*Bologna*). — Scad. 5 lug., ore 12; 2° reparto; L. 8800 e 4 quadrienni dec., oltre lire 4000 cavalc.

MANCIANO (*Grosseto*). — Concorso alla condotta medico-chirurgica in frazione Saturnia. Stipendio annuo L. 10.000 con aumenti dieci triennali del ventesimo; indennità di cavalcatura L. 2500, con ritenute e riduzioni di legge. Indennità di caro-viveri, se dovuta, come agli altri impiegati. Età massima 25 anni salvo eccezioni. Scadenza 31 luglio 1934-XII. A richiesta inviasi bando integrale. Rivolgersi alla Segreteria Comunale di Manciano.

MATERA. *Amministrazione Provinciale.* — La data di chiusura del concorso al posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, fissata pel 2 giugno 1934, è stata prorogata fino alle ore diciotto del giorno 30 giugno 1934.

MATERA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — La data di chiusura del concorso al posto di medico-aiuto presso il Dispensario Provinciale Antitubercolare (v. nostri precedenti fascicoli 18-19) è stata prorogata dal 31 maggio u. s. al 30 giugno 1934.

MAZZARINO (*Caltanissetta*). — Il Presidente della Congregazione di Carità di Mazzarino rende noto che il concorso bandito con avviso 20 marzo 1934 al posto di Chirurgo-Direttore dell'Ospedale Civile S. Stefano è stato prorogato fino al 30 giugno 1934.

MIRTO (*Messina*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 oltre L. 500 per il servizio sanitario.

MONTEROTONDO (*Roma*). — Scad. 10 ag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v.; riduzioni; tassa L. 50,10.

MONTE S. GIOVANNI IN SABINA (*Rieti*). — Scad. 15 lug.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san.; riduzioni; età limite 35 a.; tassa L. 50.

MORRO D'ALBA (*Ancona*). — Concorso, per titoli, alla condotta unica residenziale in Morro d'Alba. Stipendio annuo L. 8500 aumentabile di un decimo per ogni quadriennio di effettivo servizio e per cinque quadrienni fino a raggiungere annue L. 12.750 per la cura gratuita degli inscritti nell'elenco dei poveri. Indennità trasporto annue L. 3000 se il servizio venga fatto con automobile o con cavallo, di L. 2000 se con motocicletta, di L. 1000 se con bicicletta. Assegno annue L. 500 per eventuale incarico Ufficiale Sanitario. Indennità caro-viveri; se coniugato, L. 840 annue fino a che verrà corrisposta agli altri dipendenti del

Comune. Casa di abitazione con annesso orto, di proprietà del Comune, contro pagamento di congruo fitto. Stipendio e indennità sono soggette alla riduzione 12 % per il Decreto 30-11-1930 n. 1491 ed a quelle stabilite dal R. D. L. 14-4-1934 n. 561 e verranno corrisposte al lordo delle ritenute di Legge. Le domande con i prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 10 luglio 1934-XII.

MURO LUCANO (*Potenza*). — Scad. 15 lug.; lire 8000 e 6 quadrienni dodicesimo; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

PESARO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 ag.; medici direttori delle Sezioni Dispensariali di Fano e di Urbino; L. 6000 ciascuno oltre indennità trasferta e missione; età limite 45 a. al 15 mag. Domande al Presidente.

PESARO. *Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi.* — Scad. 4 agosto; assistente della Sez. med.-micrograf.; L 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 serv. att.; riduzioni. È vacante anche il posto di direttore della Sez. chimica.

POMARICO (*Matera*). — Concorso, per titoli al posto di medico chirurgo condotto. Periodo di prova anni 2. Stipendio annuo L. 7000 suscettibili di 5 aumenti quadriennali di un decimo, computato, per la maturazione del primo aumento, il periodo di prova e soggette alle ritenute e riduzioni per legge. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. Alla domanda, da farsi in bollo di L. 3, contenente il preciso recapito e che dovrà essere accompagnata, oltrechè dalla tassa di L. 50,10, dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e relative modalità possono desumersi dal Bando di Concorso a richiedersi alla Segreteria Comunale di Pomarico, dovranno pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore dodici del 20 luglio 1934-XII. Assunzione servizio entro 30 giorni dalla data della partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla sumenzionata Segreteria Comunale.

RAGUSA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 20 lug.; direttore del consorzio e del dispensario; L. 18.000 e 5 quadrienni dec.; ritenute; età limite 45 a. al 19 mag.; tassa L. 50.

REGGELLO (*Firenze*). — Scad. 1° agosto; per Cancelli; L. 8500 e 8 trienni dec., addizionale L. 5 sopra i 500 inscritti con massimo di L. 2000, indenn. trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50,15.

ROMA. *Governatorato.* — Scad. 5 luglio; 12 posti di medico igienista a ferma temporanea; L. 7600 ed eventualm. c.-v.; età limite 35 a. Rivolgersi Protocollo Divisione I[a].

ROMA. *RR. Istituti fisioterapici ospitalieri.* — Scad. 15 lug.; direttore medico primario dell'Istituto ospitaliero dermosifilopatico di S. Maria e S. Gallicano; letti n. 250; L. 16.000; ritenute; età limite 50 a. Eventualm. esame. Chiedere avviso. Rivolgersi Amministrazione dei RR. Istituti, viale Regina Margherita 295.

SAN LUPO (*Benevento*). — Scad. 31 lug.; L. 8000; riduzioni; età limite 35 a.; tassa L. 50.

S. ANGELO MUXARO (*Agrigento*). — Scad. 9 lug.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec.; ritenute; età limite 40 a.

SATURNIA (Vedere MANCIANO).

SCARPERIA (*Firenze*). — Scad. 31 lug.; 2ª cond.; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 cavalc.; addizion. L. 5 sopra i 1000 pov.; riduzioni; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

SGONICO. — (Vedere DUINO).

SOMMO (*Pavia*). — Scad. 30 giu.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat.; trattenute; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

TREVISO. *Opedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 20 luglio 1934-XII è aperto il concorso per titoli, ed eventualmente per esami, al posto di Primario di Urologia e Dermosifilopatica. Assegno annuo L. 7500 lorde da ridurre a norma di legge; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro-viveri; compartecipazione negli emolumenti riscossi dall'O. P. per cure dozzinanti. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

TRISOBBIO (*Alessandria*). — Il concorso a medico condotto è sospeso in attesa di provvedimenti dell'Autorità tutoria.

VARESE. *Ospedale del Circolo.* — Scad. 31 lug.; chirurgo primario; titoli ed eventualm. esami.

VIGEVANO (*Pavia*). *Ospedale Civile.* — Scad. 25 giu.; 2° assistente di medicina; L. 3960 oltre lire 990 serv. att., c.-v.; trattenute di legge; tassa L. 25,10.

VOLTERRA. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 31 lug.; direttore; titoli; L. 25.000 aumentabile di L. 5000 dopo 5 anni, oltre L. 10.000 serv. att.; riduzioni; età limite 50 a. Chiedere avviso. Rivolgersi Congregazione di Carità.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. P. Mühlens è nominato direttore dell'Istituto per le malattie navali e tropicali di Amburgo e ordinario di medicina tropicale.

Con recenti decreti di S. E. il Ministro dell'Interno, nel personale della Direzione Generale della Sanità Pubblica, si sono avute le seguenti promozioni:

Sono nominati Ispettori di I classe: dott. Antonio Paladino-Blandini e dott. Carlo Sica.

Sono nominati Ispettori di II classe: prof. Corrado Tommasi-Crudeli, dott. Nicola Consoli, dott. Emanuele Miceli.

Sono promossi medici provinciali di I classe: dott. Gustavo Oreste, dott. Donato Sinisi, prof. Angelo Romano, dott. Francesco Campanella, dott. Vincenzo Ferrara, prof. Francesco Piccininni, dott. Rocco Ronca, dott. Alfredo Da Casto, prof. Lazzaro Trincas e dott. Calisto Santelmo.

Il prof. dott. Gino Grossi, primario nell'Ospedale Italiano di Cairo, è stato insignito, dai Governi dell'Italia e dell'Egitto, delle commende dell'Ordine della Corona d'Italia e dell'Ordine del Nilo.

Al prof. Grossi, che tiene alto il nome d'Italia all'Estero, esprimiamo il nostro vivo compiacimento.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Giorgio De Maria e Ferdinando Savignoni in clinica ostetrica e ginecologia; Mario Manfredi e Giuseppe Tancredi in ortopedia e traumatologia.

LITORA ALIENA

Le conferenze del prof. Sanarelli in Spagna.

I periodici arrivati da Madrid ci recano simpatiche notizie intorno alle conferenze scientifiche colà tenute dal prof. Sanarelli, ad invito delle locali autorità sanitarie spagnole.

La prima conferenza venne data il 28 di maggio nell'Aula della Scuola Nazionale di Sanità; aveva per tema un argomento che oggi richiama molto l'attenzione degli studiosi: gli inframicrobi e l'ultravirus tubercolare.

Assistevano, a questa conferenza inaugurale, eletti esponenti del corpo medico e dell'intellettualità scientifica madrilena, con a capo il direttore generale della Sanità Pubblica, on prof. Verdes Montenegro, cultore degli studi di tisiologia. Era presente S. E. l'Ambasciatore d'Italia.

Dopo una bella presentazione fatta dal prof. Victor M. Cortezo, a nome della Scuola Nazionale di Sanità, il Sanarelli ha esposto, con la sua abituale efficacia e chiarezza, i risultati ottenuti attraverso originali e brillanti ricerche che, in questo campo, han procurato a lui e ai valorosi collaboratori della sua scuola di Roma, un prestigio universalmente riconosciuto. La conferenza fu illustrata da dimostrazioni sperimentali e da proiezioni.

I giornali di Madrid segnalano il pieno successo di questa prima conferenza.

Anche in quelle successive, date in giorni alterni, sempre nell'Aula della Scuola Nazionale di Sanità, il prof. Sanarelli ha sviluppato problemi di medicina sperimentale, in cui l'originalità e l'importanza delle sue personali ricerche si sono da tempo ovunque affermate: l'eredo-immunità tubercolare, la patogenesi delle enteropatie infettive, delle febbri tifoidi e paratifoidi, dell'appendicite, del carbonchio alimentare, del colera, ecc.

È stata una eccellente e apprezzatissima esportazione di scienza autenticamente italiana.

A questo modo, secondo il nostro parere, dovrebbe veramente intendersi l'intercambio intellettuale fra le Nazioni con le quali desideriamo sviluppare più stretti e fecondi rapporti internazionali.

Anche l'Accademia Nazionale di Medicina, la più antica istituzione scientifica spagnuola, le cui origini risalgono ai tempi di Filippo V, ha voluto udire una conferenza del nostro connazionale.

A tale scopo essa ha indetto, per il 1° giugno, una apposita seduta pubblica, nella propria ricca sede, che mostra le suggestive insegne della sua storia secolare.

L'artistica sala era occupata dagli accademici, da una larga rappresentanza del corpo medico di Madrid e da elette Signore, fra le quali notavasi l'Ambasciatrice d'Italia.

Il presidente dell'Accademia, S. E. il Conte Amalio De Gimeno, che è stato più volte Ministro della Pubblica Istruzione e degli Affari Esteri, uno dei più eminenti oratori parlamentari di Spagna e professore di patologia nella Facoltà di Medicina, presentò il prof. Sanarelli con un magnifico, alato discorso nel quale si compiacque di riassumere, come meglio non si sarebbe potuto fare, la luminosa carriera scientifica del nostro illustre studioso, rievocando i fatti più salienti della sua grande e feconda attività nel campo della medicina sperimentale.

All'omaggio reso anche alla scienza italiana dal venerando presidente dell'Accademia, il Sanarelli rispose in lingua spagnuola, ringraziando e ricordando i vincoli di spirituale affinità che uniscono i grandi Paesi di civiltà latina, auspicando una più stretta e più frequente collaborazione italo-spagnola anche nel campo intellettuale, bene augurando al prospero avvenire della nobile nazione spagnola.

Il tema della conferenza svolta all'Accademia Nazionale di Medicina dal prof. Sanarelli è stato il seguente: « allergie emorragiche, fenomeno di Sanarelli-Shwartzman ».

« Il prof. Sanarelli — leggiamo nei giornali di Madrid — mantenne avvinta, con la volgarizzazione dei suoi originali studî, l'attenzione del suo uditorio, attraverso una esposizione brillantissima ». Alla fine della conferenza, che durò un'ora e mezza e fu illustrata da nitide proiezioni, l'assemblea ha tributato allo scienziato italiano una grande ovazione.

Il presidente dell'Accademia, ringraziando il prof. Sanarelli, ha annunciato che questi era stato eletto membro straniero dell'Accademia stessa.

La stampa madrilena, accennando al successo conseguito in seno al più alto consesso scientifico di Spagna, pone in rilievo il notevole significato dell'avvenimento.

I giornali di Madrid danno anche l'annunzio di un banchetto organizzato dalla Scuola Nazionale di Sanità, in onore del Sanarelli. A. Pozzi.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Convegno per il campionamento dei metodi e la sintesi in antropologia ed in eugenica.

Il primo Convegno del Comitato internazionale per il campionamento dei metodi e la Sintesi in Antropologia ed in Eugenica (S. A. S.) si è tenuto a Bologna durante i giorni 26-31 marzo, nei locali del nuovo Istituto di Antropologia della R. Università, sotto la presidenza del direttore dell'Istituto stesso, prof. Fabio Frassetto.

Sulla standardizzazione dei metodi per la descrizione dei caratteri somatici esterni e dei complessi morfologici (anatomici ed istologici) ha riferito il prof. Josef Weninger, direttore dell'Istituto di Antropologia dell'Università di Vienna.

Un contributo per l'incremento dei metodi relativi all'antropometria sul vivente è stato portato dalla relazione del prof. Ch. B. Davenport, direttore della Sezione di Eugenica del Carnegie Institute di Washington.

Sulla raccolta, elaborazione e classificazione dei caratteri antropometrici sono state svolte tre relazioni dal prof. Fabio Frassetto.

Un questionario per lo studio degli incroci razziali basato sul metodo genealogico analitico, è stato presentato dal prof. Eugen Fischer, direttore dell'Istituto di Antropologia dell'Università di Berlino e rettore della stessa Università.

Un questionario per la classificazione delle razze è stato proposto ed illustrato dal prof. Georges Montandon, professore di Etnologia alla Scuola d'Antropologia di Parigi, che al Convegno rappresentava anche il presidente dell'Istituto Internazionale di Antropologia, S. E. Louis Marin, ministro dell'Igiene di Francia.

Infine il prof. André Latarjet, direttore dell'Isti-

tuto Anatomico di Lione e presidente dell'Associazione Internazionale Medico-Sportiva (da lui rappresentata al Convegno), ha riferito sulla necessità di standardizzare le osservazioni biometriche sugli sportivi.

Il Comitato ha anche concretato il programma di azione della futura attività del nuovo ente scientifico. Questa si esplicherà principalmente attraverso un « Bollettino », che, insieme alle notizie riguardanti l'attività della S. A. S., porterà in riassunto tutte le pubblicazioni inerenti alla metodologia antropologica, le quali, sotto la sigla S.A.S., saranno ospitate nelle riviste speciali di Antropologia e di Eugenica delle varie nazioni.

In una prima fase il S. A. S. procurerà di sollecitare i contributi di ricerca di enti e studiosi singoli, appartenenti a tutte le nazioni. Il materiale così raccolto sarà, in una seconda fase, vagliato e coordinato accuratamente e servirà di base alla compilazione del « Codex Anthropologicus » di cui il S. A. S. stesso curerà l'adozione e la diffusione, in vista della sintesi.

Il primo Congresso internazionale seguirà a Londra dal 30 luglio al 4 agosto, sotto la presidenza di Lord Onslow, nei locali del Collegio Universitario e del Museo di storia della medicina. La sezione di anatomia e di antropologia fisica sarà presieduta dal prof. G. Elliot Smith. Per informazioni rivolgersi a: The Royal Anthropological Institute, Upper Belfordplace 52, London W. C. 1., Inghilterra.

2° Congresso internazionale di medicina applicata all'educazione fisica ed agli sport.

A parziale modificazione ed a complemento di notizie già date, questo congresso è indetto a Chamounix, dal 3 al 5 settembre, sotto la presidenza del prof. Paul Carnot, della Facoltà medica di Parigi; viene organizzato dal prof. Latarjet, della Facoltà medica di Lione, presidente dell'Associazione internazione medico-sportiva; farà seguito al Congresso tenutosi a Torino nel 1932.

Comprenderà le seguenti Sezioni: *a*) biologia; *b*) medicina e pediatria; *c*) chirurgia e ortopedia; *d*) educazione fisica scolastica e post-scolatica; *e*) medicina sportiva. Presidenti di queste Sezioni saranno rispettivamente il prof. Laugier, il dott. Jules Renauld, il prof. Rocher, il prof. Chaillet Bert e il prof. Grégoire.

Temi generali in discussione: « Standardizzazione della cartella biometrica sportiva »; « Controllo medico dell'educazione fisica e degli sport »; « Indicazioni mediche delle cure d'altitudine e degli sport di montagna ».

Gli antimeriggi saranno destinati alle sedute di Sezione; i pomeriggi all'esposizione e discussione delle relazioni generali.

Il Congresso ha lo scopo di coordinare i dati acquisiti da biologi, clinici e sportivi e di imprimere impulso allo sviluppo scientifico e sociale dell'educazione fisica.

I medici e gli studenti — particolarmente gli sportivi — e le loro famiglie potranno fare a Chamounix un soggiorno protratto, a partire dal 25 agosto ed oltre i limiti del Congresso, a condizioni molto vantaggiose.

Saranno organizzati trattenimenti, feste, gite, escursioni, con ferrovie e teleferiche, raduni.

Segretari generali sono il Dr. Godlewski (rue Théodule Ribot 14, Paris) e il prof. Cordier (rue Childebert 1, Lyon); segretario locale è il Dr. Agnel (Chamounix).

5° Congresso nazionale di microbiologia.

Come ne demmo già notizia, il 27 maggio fu inaugurato solennemente in Cagliari — nella Sala della consulta del Palazzo Municipale — il V Congresso Nazionale di Microbiologia. Dopo i saluti delle autorità, e dopo il discorso del prof. Castaldi, presidente del Comitato organizzatore locale, e del prof. sen. Belfanti, presidente della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia, S. E. il Prefetto di Cagliari ha dichiarato aperto il Congresso. Questo ha avuto per caposaldo quattro relazioni: del prof. Alessandrini (Roma) su « Nuove vedute sulla biologia dei parassiti malarigeni »; del prof. Cuboni e dott. Scalfi (Milano) su « Natura del batteriofago e batteriofagoterapia »; del prof. Rivera (Perugia) su « I virus filtrabili nella patologia vegetale »; dei proff. Mino e Gedda (Torino) su « I gruppi sanguigni in clinica medica ». Il Congresso infatti serviva di riunione annuale anche per il Comitato italiano per lo studio dei gruppi sangnigni. Le dotte e chiare relazioni suscitarono il massimo interesse nel pubblico sempre molto numeroso che frequentò le sedute. Erano interventi i proff. sen. Belfanti, Bertarelli, Dessy, Arnaudi, Cuboni, Pepeu, Sterzi, Collevati, Baldassi, Cattaneo ecc., oltre varii direttori ed assistenti di laboratori provinciali e comunali micrografici e di profilassi ed oltre i medici di Cagliari e molti professori dell'Università di Sassari. Sono stati trattati, in 37 comunicazioni, molti argomenti generali, ed altri concernenti la Sardegna, quali i parassiti malarigeni, gli emoprotozoidi degli animali domestici, le brucellosi ecc. in Sardegna. Gli Atti di questo Congresso formeranno certamente un denso ed importante volume.

I congressisti hanno visitato il nuovo Sanatorio di Cagliari, il nuovo Laboratorio micrografico di Cagliari, le RR. Saline di S. Bartolomeo, ed hanno chiuso le loro laboriose giornate con una gita in Barbagia, il 31 maggio.

Convegni regionali sulla tubercolosi.

Il 4 giugno, con l'intervento delle autorità provinciali ha avuto luogo a Viterbo un congresso di tisiologi indetto dalla Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi; è stato presieduto dall'on. prof. Morelli.

Sono state presentate numerose relazioni, fra cui interessanti quelle del prof. Giannini sulla prevenzione in regime assicurativo e del prof. Spolverini sulla tubercolosi della prima infanzia. Il Congresso ha rilevato i notevoli risultati ottenuti dal Consorzio antitubercolare di Viterbo.

I congressisti hanno visitato la colonia antitubercolare sul Lago di Bolsena.

La Sezione Veneta della Federazione antitubercolare terrà il 4° Convegno regionale a Venezia nei giorni 24 e 25 giugno, sotto la presidenza del prof. A. Gasbarrini. Temi: « La dieta Gerson nel trattamento della tubercolosi infantile » (relatore prof. G. Frontali); « La pelle di fronte all'infezione tubercolare » (rel. prof. G. Truffi). Sono in programma un trattenimento nell'Excelsior Palace Hôtel al Lido, una visita all'Ospedale al Mare, una gita alle isole dell'Estuario ecc. Quote: L. 10 per i soci, L. 30 per i non soci. Sono stabilite facilita-

zioni. Rivolgersi alla segreteria, Campo Bandiera e Moro 3611, Venezia.

Abbiamo già dato notizia di altri convegni regionali.

La settimana scientifica calabrese.

Recentemente è stata costituita a Cosenza la Sezione della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, e il Fiduciario prof. Mario Misasi, allo scopo di illuminare maggiormente la classe medica sul vasto problema tubercolare che incombe su la umanità, ha indetto la « Settimana scientifica », svoltasi con lezioni e conferenze, tenute da valorosi clinici e tisiologi. Il sen. prof. Edoardo Maragliano ha conferito con la sua presenza autorità a questa adunata della scienza. Ha parlato de: « La modalità di sviluppo delle malattie tubercolari », « Le emottisi », « Immunizzazione dell'uomo contro la infezione tubercolare », « La tubercolosi è malattia curabile ».

Importanti capitoli della tisiologia sono stati trattati dai proff. Bruni, Caminiti, Misasi, Falcone, Santoro, Tropea e da altri, mentre in una lezione di sintesi il prof. Vincenzo Lo Bianco si è occupato dei mezzi preventivi di lotta, nonchè della diagnosi precoce, fondamento della tisiologia, e con una conferenza, illustrata da proiezioni, ha esposto al popolo la profilassi antitubercolare, e la vasta opera del Regime contro il nemico insidioso e funesto.

Ottima la riuscita, pari alla importanza del fine: unione di programmi e di azione per la vittoria sul male.

Un po' dovunque.

Il 10 giugno venne inaugurato, al Giardino del Pincio in Roma, un busto di Angelo Celli, l'illustre malariologo e apostolo della redenzione delle terre malariche. Parlarono il Governatore principe Ludovisi Boncompagni, il prof. G. Alessandrini per gli allievi e il prof. E. Martini di Amburgo. Erano presenti la vedova signora Anna e molte autorità e personalità.

Il 19° Congresso internazionale di medicina legale e di medicina sociale di lingua francese si è svolto a Lilla dal 27 al 29 maggio, sotto la presidenza del prof. Leclercq. L'Italia era rappresentata dai proff. Di Tullio e Diez. In occasione del congresso, si è inaugurato il nuovo Istituto universitario di medicina legale.

Si è tenuta a Madrid l'assemblea generale dell'Unione internazionale contro il pericolo venereo.

La 7ª riunione dell'Associazione dei fisiologi di lingua francese si è tenuta a Nancy dal 23 al 26 maggio, sotto la presidenza del prof. H. Frédéricq, di Liegi (Belgio).

Il 14 maggio ebbe luogo a Praga un congresso della Società czecoslovacca di cardiologia, sotto la presidenza del prof. V. Libensky. Il prof. C. Laubry, di Parigi, tenne, per invito, una comunicazione sul reumatismo cardiaco.

La Società imperatore Guglielmo per il progresso della scienza, la quale conta in Germania 30 grandiosi istituti scientifici, ha tenuto la sua 23ª adunanza generale ordinaria dal 2 al 6 giugno a Düsseldorf e a Mühleim, sotto la presidenza del prof. M. Plank. Tra le relazioni ve n'è stata una del prof. R. Kuhn su « Il modo d'azione di una vitamina ».

Dal 10 al 13 maggio si è tenuto a Bad-Nauheim il 7° congresso della Società medica generale per la psicoterapia, sotto la presidenza del prof. Göring; vi hanno partecipato studiosi della Germania, Svizzera, Austria, Olanda, Svezia, Danimarca. Era presente il prof. Jung di Zurigo.

La Società Piemontese di Chirurgia si è adunata il 31 marzo, il 14 e il 28 aprile, il 12 e il 26 maggio, sotto la presidenza dei proff. O. Uffreduzzi e L. Bobbio. Tra i disserenti furono i proff. V. Schmieden (Francoforte sul Meno), R. Alessandri (Roma), R. Bastianelli (Roma), M. Fasano (Padova) ed altre eminenti personalità della chirurgia.

Il 20 maggio, in una sala della Maternità di Ancona, ebbe luogo la prima riunione della Società marchigiana di ostetricia e ginecologia, presieduta dal prof. M. Floris, direttore della Scuola Ostetrica di Camerino. Il prof. A. Gusso tenne una relazione sulle « Responsabilità del sanitario nell'insorgenza della setticemia puerperale secondaria ». Furono poi fatte comunicazioni dai soci M. David, S. Pascali, G. Calef, V. Aguzzi e M. Floris. Il prossimo convegno sarà tenuto in luglio, a Camerino; pronunzierà una conferenza il sen. E. Pestalozza.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 18, il 25 e il 29 maggio, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. F. Donini. Furono fatte comunicazioni dai soci: L. Lenaz, M. Goldstein, I. Levi, I. Zolli.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 19 aprile, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris. Furono fatte due comunicazioni dal prof. Oporher e fu votato un ordine del giorno, proposto dal prof. De Gironcoli, perchè sia intensificata la lotta antitubercolare nella provincia di Treviso.

Il 27 aprile si è tenuta a New York la 4ª conferenza sulla febbre artificiale; fu presieduta dal dott. William Bierman. Vennero discussi gl'impieghi terapeutici della malaria, della febbre ricorrente, del sodoku, della diatermia ecc.; la tecnica, i risultati, gli studì scientifici relativi.

Il rapporto dei professori ed assistenti universitari della provincia di Macerata ha avuto luogo il 4 giugno, alla presenza del fiduciario nazionale presso l'Università.

Un corso di perfezionamento in oto-rino-laringologia avrà luogo, alla Facoltà medica di Bordeaux, sotto la direzione del prof. Portmann, dal 16 al 28 luglio; tassa 300 franchi. Rivolgersi a: Secrétariat de la Faculté de Médecine, Bordeaux, Francia.

L'Accademia per corsi medici di perfezionamento in Dresda ha organizzato varî corsi, tra cui i seguenti: medicina legale e infortunistica, 11-13 luglio; medicina pratica (tutti i rami), 8-20 ottobre; medicina interna, 5-10 novembre; chirurgia, 12-17 novembre; roentgenologia, 11-16 febbraio. Rivolgersi alla: Akademie für ärztliche Fortbildung, Königsufer 2, Dresden - N. 6 (Landesgesundheitsamt).

L'Accademia di Berlino per corsi di perfezionamento ha organizzato un corso pratico, ai letti

dei malati e nei laboratori, dal 2 al 14 luglio. Rivolgersi alla: Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Robert-Koch-Platz 7, Berlin NW 7 (Kaiserin-Friedrich-Haus).

Un Comitato promotore ha organizzato a Vienna un convegno internazionale di medici, dal 9 al 15 luglio, con lo scopo di compiere un aggiornamento di cognizioni scientifiche e tecniche in tutti i rami della medicina. Rivolgersi a: Internationales Aerztetreffen, Vorbereitendes Komitee, Sekretariat, Wallnerstrasse 2, Wien I, Austria.

A Sciangai sono stati organizzati, per la prima volta, dei corsi post-universitari di medicina. La frequenza è stata come segue: sanità pubblica 17 allievi, tisiologia 13, medicina interna 3, analisi delle urine 2, ortopedia 1. Ora verranno estesi ai seguenti rami: pediatria, dermatologia, oftalmologia, tumori maligni ecc.

Il 4 giugno è stato solennemente celebrato in tutta Italia il 102° annuale di fondazione del Corpo Sanitario Militare.
A Roma la cerimonia si è svolta nell'Ospedale del Celio, presenti il sottosegretario alla Guerra, gen. Baistrocchi, e numerose autorità militari e civili.

Il Capo del Governo ha ricevuto il Rettore dell'Università di Bologna, che gli ha riferito sull'andamento dei lavori per il riassetto edilizio dell'Università; essi furono finanziati con la convenzione del 15 ottobre 1929 e si avviano a conclusione.

Si è celebrato il centenario di fondazione dell'Università di Berna; alla cerimonia commemorativa è intervenuto il presidente della Confederazione elvetica Pilet Golaz. Le origini dell'istituzione risalgono al 1528, ma nel 1834 ebbe luogo la trasformazione in Università. Lo sviluppo dell'Ateneo si rileva dalle seguenti cifre: nell'anno di fondazione gli studenti erano 187 mentre oggi sono 1900-2000; in quanto al corpo insegnante, il suo effettivo è passato da 40 nel 1834 ad oltre 200 oggi e le Facoltà da quattro a sette. Trenta fra istituti, cliniche, laboratori e stabilimenti diversi dipendono oggi dall'Università.

Esistono attualmente in Romania tre scuole di farmacia: a Bucarest, Jassy e Cluj; si è deliberato di fonderle, in una Facoltà di farmacia, che avrà sede a Bucarest e che comincerà a funzionare con l'anno scolastico 1934-35.

La Marina da Guerra degli Stati Uniti ha inaugurato a Baltimora un nuovo ospedale, a sei piani, in pietra e mattoni; l'architettura è sul tipo degli edifizi della prossima Università Johns Hopkins.

La Società di pronto soccorso « Salvarea » di Bucarest, presieduta dal dott. Nicolas Minovici, professore di medicina legale, ha inaugurato, nei locali sociali, un « ospedale d'urgenza » (per avvelenamenti, infortuni traumatici, malattie chirurgiche reclamanti un intervento immediato). Sarà aperto dalle 14 alle 6; invece resterà chiuso quando gli altri ospedali sono in piena efficienza.

Il Municipio di Berlino ha chiuso i centri di consultazione pre-matrimoniali, istituiti nel 1926, perchè non funzionavano.

Il dott. Lagich, medico condotto nel villaggio di Vladimirorac, distretto di Pancevo, in Jugoslavia, era stato chiamato per assistere un paziente fuori del villaggio, ma non fece più ritorno; se ne è trovato il cadavere entro un fosso, lungo la strada provinciale; la testa era stata staccata! Pare che il delitto sia stato commesso da parecchie persone per vendetta.

Avanti il Tribunale Penale di Calcutta sono comparsi tre medici indiani, sotto l'accusa di avere ucciso un individuo, iniettandogli colture batteriche viventi. Insieme con essi è comparso un certo Pande, su istigazione del quale l'omicidio sarebbe stato compiuto in persona del suo fratellastro, per motivi d'interesse. (Presumibilmente si trattava di semplici vaccinazioni batteriche).

Indice alfabetico per materie.

Aspiroclisi . . . . Pag. 954
Bibliografia . . . . » 946
Cefalee che seguono la rachianestesia: patogenesi e cura . . . . » 932
Emorragie da caustici chimici introdotti in vagina . . . . » 953
Ipertensione parossistica guarita con l'asportazione di un tumore surrenale » 942
Lattante: « ospedalismo » . . . . » 942
Lavoro delle donne e dei fanciulli: nuove disposizioni per la tutela . . . . . » 955
Malaria: profilassi individuale . . . . . » 954
Mammella sanguinante per ectasia generalizzata dei galattofori . . . . » 953
Mammelle: ipertrofia massiva in ragazze » 954
Mestruazione e malattie . . . . » 952
Morbo di Cushing; adiposità costituzionale e virilismo surrenale . . . . . . » 941
Olfatto e sesso . . . . Pag. 945
Ovaia: adrenoblastoma . . . . » 953
Pancreatite cronica . . . . » 923
Paraplegia in scoliotico . . . . » 937
Piastrine: nuovo metodo per la conta . » 954
Polmone: modificazioni del reperto ascoltatorio sotto l'influenza di sostanze ad azione vagosimpatica . . . » 931
Reumatismo: congresso internazionale contro il — . . . . » 948
Sifilide con r. Wassermann irriducibile » 951
Sindromi basedowiane e parabasedowiane . . . . » 940
Spirochetosi meningea anitterica . . . » 944
Teratoma sacrale . . . . » 951
Tracoma: studi clinici . . . . » 943
Utero: rottura in travaglio di parto . . » 951

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 25 Giugno 1934 - XII Num. 25

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: D. Barbieri e F. Facci Tosatti: Ricerche sulla colecistografia rapida.

Note e contributi: A. Fabris: Note semeiologiche sull'area di ipofonesi paravertebrale nella frenico-exeresi.

Osservazioni cliniche: U. Papa: Ernie strozzate ed enterorragie. — G. Ballati: Due ernie epigastriche, di cui una strozzata, contenenti il legamento rotondo del fegato.

Sunti e rassegne: SCHELETRO: Mondor H. e Sicard A.: Un caso di osteopsatirosi (Malattia di Lobstein). — Le Fort e Moreau: L'osteoporosi circoscritta del cranio. — H. D. Kay, S. Levy Sympson e G. Riddoch: Osteite deformante. — v. Seemen: Ascesso cronico dell'osso. Myositis ossificans circumscripta: Sarcoma dell'osso. — SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI: A. Pozzan: Emocateresi. — A. Oswald: Malattie del sangue e increti. — ORGANI DIGERENTI: F. Ferrara: I diverticoli del duodeno. — S. Judine: Alcune difficoltà della gastrectomia larga e i mezzi per sormontarle. — Bsteh O.: Tecnica della resezione di ulcere duodenali profonde. — TOSSICOLOGIA: G. Carrière - C. Huriez: Lo stato attuale della terapia del barbiturismo acuto. — A. Newman: Intossicazioni da fenolftaleina. — Fenn E. Poole e R. B. Haining: Morte improvvisa per avvelenamento da dinitrofenolo. — G. Barzilai: Ricerche sperimentali sul benzolismo in gravidanza. Alterazioni sul genitale femminile nel benzolismo sperimentale.

Divagazioni: C. Bizzarini: L'olivo e l'olio in medicina.

L'attualità terapeutica: A. Josefson: Le iniezioni endoossee.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia di Medicina di Torino. — Società Medico-Chirurgica di Padova. — Accademia Pugliese di Scienze.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: La prognosi della glicosuria asintomatica. — Sul significato della glicosuria alimentare per la diagnosi precoce del diabete mellito. — Aumentata tolleranza ai carboidrati in diabetici dopo la somministrazione ogni ora di insulina e glucosio per lunghi periodi. — La curva della glicemia nei diabetici. Sua importanza per la cura insulinica. — Glicosuria renale in corrispondenza di manifestazioni tubercolari ematogene recenti. — Sull'alimentazione del bambino sano. — MEDICINA SCIENTIFICA: Contenuto totale in calcio e fosforo di ratti paratireoprivi ed in eccesso di parathormone. — La tetania paratireopriva e l'A. T. 10. — NOTE DI RADIOLOGIA: Clisma opaco con insufflazione d'aria nel colon. — Importanza diagnostica della encefalografia nelle complicazioni cerebrali d'origine otogena. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA: La medicina cinese.

Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Risposte a quesiti per questioni di massima.

Nella vita professionale: Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patologia Medica della R. Università di Pavia.

Direttore: Prof. L. VILLA

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Pavia.

Direttore: Prof. A. FERRATA

Ricerche sulla colecistografia rapida.

(1ª NOTA).

Dott. DELFINO BARBIERI
Assistente ord. di Patologia medica.

Dott. FRANCO FACCI TOSATTI
Assistente radiologo di Clinica medica.

Dopo che Antonucci (1931) propose la nuova tecnica per ottenere colecistografie rapide facendo precedere all'iniezione endovenosa di tetrajodo-fenolftaleina sodica una fleboclisi di 120 cc. di soluzione glucosata al 40 %, ed associando talora un trattamento insulinico ed una opportuna preparazione del paziente, numerose seguirono le ricerche sull'argomento. Stefanini tentò con buoni risultati di rendere rapida la visualizzazione della cistifellea col rosa Bengala e successivamente lo stesso Antonucci ed allievi usarono sostanze coloranti diverse come il bleu di metilene, le fenolsulfonftaleina, l'indacocarminio, ed ottennero colecistografie ugualmente rapide a quelle ottenute in seguito alla introduzione in vena di soluzione glucosata ipertonica.

Facci, Liverani, Lovisatti, Lucchese, hanno ripetuto le indagini colla tecnica di Antonucci, apportando talora modificazioni varie ed introducendo il glucosio anche per via orale (Lovisatti, Liverani) e ne ebbero risultati pressochè identici.

Sciacca iniettò una soluzione clorurata ipertonica appena dopo la tetraiodo ottenendo colecistogrammi precoci ma non molto intensi.

Gilbert e J. Demole, che hanno controllato la tecnica di Antonucci, sono giunti ai me-

desimi risultati; gli AA. francesi però criticano la tecnica di Antonucci ed in speciali casi credono sia più opportuna quella proposta da Sandström consistente in somministrazioni frazionate per bocca di tetraiodo, a piccole dosi.

È recente una nota di Capua sulla colecistografia rapida ottenuta mediante iniezione endovenosa preventiva di un diuretico mercuriale: il Salirgan. Capua ha fatto precedere di una, due, tre ore l'iniezione del composto mercuriale a quella di tetraiodo e già dopo due ore dalla seconda iniezione ottenne la comparsa dell'immagine della colecisti, che si rese molto più evidente verso la terza e la quarta ora.

Sul meccanismo di azione di tutti questi farmaci in rapporto alla maggiore rapidità di visualizzazione della vescichetta biliare, vennero già avanzate numerose ipotesi che ci riserviamo di esaminare nel lavoro completo che seguirà a questa nota.

Per consiglio del Prof. Villa abbiamo condotto analoghe ricerche, indagando sistematicamente su di una serie di sostanze ad azione farmacologica varia, alcune colagoghe, allo scopo di riconoscere comparativamente quali fra esse, introdotte per via endovenosa o sottocutanea prima dell'iniezione di tetraiodo, siano più atte a rendere rapida, e in quale misura, la visualizzazione della cistifellea; la ricerca presenta interesse sia ai fini dell'indagine colecistografica rapida e di una eventuale applicazione pratica, sia in riferimento alla attività funzionale del fegato.

Le ricerche furono condotte su pazienti preferibilmente indenni da forme epato-biliari; lo studio sugli ammalati affetti da lesioni varie delle vie biliari completerà poi il presente lavoro. Le sostanze da noi usate sono state: *acetilcolina, tachidrolo, urotropina, istamina, adrenalina, pituitrina, choleval, soluzione ipertonica di NaCl, soluzione isotonica.*

L'*acetilcolina*, usata nella dose di 3 ctg. iniettata in vena 15 minuti avanti la tetraiodo, è stata scelta da noi per il fatto che Loeper, Lemair e Dany, avevano osservato sperimentalmente nel cane che l'acetilcolina introdotta per via endovenosa determinava una contrazione della colecisti. Dopo aver controllato questo mezzo di indagine nella pratica clinica, gli AA. consigliarono il farmaco per le ricerche sulla funzionalità delle vie biliari e pancreatiche e come mezzo terapeutico nelle atonie della vescichetta, ritenendone però inopportuno l'uso in casi di occlusione dei dotti biliari principali.

Essa non è stata sinora usata da altri allo scopo da noi prefissoci.

Il *tachidrolo*, come diuretico mercuriale affine al Salirgan, è stato usato a scopo di controllo delle ricerche fatte con quest'ultima sostanza (Capua): venne da noi iniettato in vena alla dose di 1 cc. di preparato.

Il *choleval*, iniettato in vena nella dose di 5-10 cc. di soluzione all'1 %, è un composto di argento colloidale stabilizzato con coleinato di sodio. Esso è stato proposto come colagogo e antisettico delle vie biliari.

Per un concetto in parte di analogia è stata usata l'*urotropina* nella dose di 5 cc. endovena di una soluzione 40 %.

La *pituitrina*, quale eccitante della peristalsi di organi cavi, capace notoriamente di provocare in casi patologici l'insorgenza di coliche biliari, è stata usata nella dose di 1 cc. per via endomuscolare nell'intento di controllare l'importanza del fattore prevalentemente meccanico sulle vie biliari.

L'*adrenalina* è stata usata sopratutto per l'azione iperglicemizzante di essa, sebbene possa avere importanza anche l'attività che le è propria sul sistema vegetativo.

Per controllo dell'azione eccitosecretoria da attribuirsi al fattore ipertonia di concentrazione della soluzione glucosata usata da molti, è stata provata la soluzione 2,5 % di NaCl alla dose di cc. 30; mentre la soluzione fisiologica è stata usata in dosi piuttosto rilevanti, fleboclisi cioè di 200 cc., alfine di esplorare così l'azione della massa idrica sulla funzione biliare.

Infine l'*istamina* nella dose di 1 cc. sottocute è stata rivolta a ricercare se questa sostanza, che ha una complessa azione sulla permeabilità e motilità vasale, nonchè sulla secrezione dello stomaco, ed è annoverata fra le sostanze cosidette linfagoghe, svolgesse anche nei riguardi delle nostre ricerche una influenza sensibile.

I risultati ottenuti in una prima serie di indagini condotte, secondo l'indirizzo testè premesso, su una ventina di soggetti permettono di rilevare con particolare evidenza che:

1) Precocissima è la comparsa dei colecistogrammi usando l'*acetilcolina*; già dopo mezz'ora si ebbe in qualche caso la visualizzazione della cistifellea, sempre e intensamente netta fu dopo un'ora dall'iniezione di tetraiodo.

2) Il *tachidrolo* ha determinato una iniezione precoce della vescichetta, cosicchè dopo un'ora e mezza dalla iniezione di tetraiodo si ebbe un'immagine buona della cistifellea.

3) L'*urotropina* ha determinato rapidità di iniezione con comparsa dei primi buoni colecistogrammi ad un'ora e 45' dalla iniezione di tetraiodo.

4) L'*istamina* invece non ha modificato notevolmente il tempo di comparsa della visibilità colecistografica; le prime immagini si ebbero infatti dopo la quarta-quinta ora.

5) Anche per l'*adrenalina* non si ebbe una precocità di comparsa dell'immagine radiografica della cistifellea, essendosi ottenuta la visualizzazione solamente dopo 4 ore e 40' circa.

6) Immagini tardive si ebbero anche col *choleval*.

7) Delle *soluzioni clorurate* la *ipertonica* 2,5 % determinò una precoce iniezione fin dalla seconda ora, ma le immagini furono piuttosto tenui. L'*isotonica* invece non anticipò sensibilmente la comparsa dei colecistogrammi, che si ebbero intorno alla quinta ora.

8) Agli effetti tanto della precocità quanto della intensità di visualizzazione, la *pituitrina* ha reso possibili buoni colecistogrammi già dopo un'ora dalla iniezione di tetraiodo.

9) In tentativi di rendere rapida la colecistografia mediante *diatermia* transepatica susseguente l'iniezione di tetraiodo, non abbiamo avuto modo di notare alcun vantaggio dal trattamento, anzi, si ebbe l'impressione che la diatermia inibisca quasi completamente la visualizzazione.

CONCLUSIONI.

È stata compiuta una ricerca comparativa sull'azione che numerose sostanze esercitano nel provocare una precoce visualizzazione mediante tetraiodo-fenolftaleina della vescichetta biliare in condizioni fisiologiche. Si è potuto constatare che, oltre alle sostanze già note come acceleranti, quali la soluzione glucosata ipertonica, la soluzione clorurata ipertonica, i diuretici mercuriali, esercitano una azione accelerante altre sostanze e cioè acetilcolina, urotropina, pituitrina, mentre altre non hanno determinato lo stesso effetto, quali adrenalina, istamina, choleval. Crediamo dover segnalare in particolare la precocità provocata, in modo costante e con intensità di colecistogrammi, dall'acetilcolina. Questa sostanza offre su altre, quali i diuretici mercuriali, il vantaggio della sicurezza da influenze tossiche, e sulla pituitrina quello di una meno violenta azione cinetica sulle vie biliari.

Perchè si possa giudicare se questo nuovo mezzo di colecistografia rapida rappresenti anche un mezzo utilmente e innocuamente trasferibile nella pratica diagnostica sul malato, stiamo estendendo le ricerche anche a casi patologici. Ne saranno resi noti in seguito i risultati e saranno pure in seguito interpretati dal punto di vista della fisiopatologia epatica i risultati complessivi raggiunti.

RIASSUNTO.

Gli AA. dai risultati di ricerche comparative sull'azione acceleratrice di diverse sostanze nella colecistografia rapida, concludono che l'acetilcolina, l'urotropina e la pituitrina provocano una precoce visualizzazione della cistifellea, mentre l'adrenalina, l'istamina e il choleval non hanno analoga azione.

Segnalano in particolare l'azione rapida dell'acetilcolina che determina buoni colecistogrammi anche dopo 30'-45' dalla iniezione di tetraiodo.

BIBLIOGRAFIA.

ANTONUCCI. *Colecistografia rapida ed epatografia con mezzi di contrasto.* Policlin., Sez. Prat., n. 1, 1931.

ID. *Tecnica della colecistografia rapida.* Ibid., n. 17, 1931.

ID. *La cholécystographie rapide.* Presse Méd., n. 50, 1931.

CAPUA. *Su di un nuovo metodo di colecistografia rapida.* Rass. Int. Clin. Ter., 1934, n. 2.

FACCI TOSATTI F. *Considerazioni sulla tecnica e sui risultati della colecistografia rapida.* Quaderni Radiologici, n. 6, 1933.

GILBERT R. et DEMOLE M. J. *50 cholécystographies rapides. Résultats et indications.* La Presse Méd., n. 92, 1933.

HATZIEGANU et HAUGANUTZ. *Sur la cholécystographie dans le diabète.* Congr. Internat. de la Lithiase Biliaire, Vichy, 1932.

LIVERANI E. *Ricerche biochimiche e sperimentali sulla colecistografia rapida.* Policlin., Sez. Med., n. 2, 1933, 128.

LOEPER, LEMAIR et DANY. *Acétylcholine et vésicule biliaire.* Congr. Internat. de la Lithiase Biliaire, Vichy, 1932.

LOVISATTI N. *Sopra una nuova tecnica per la colecistografia rapida.* Rivista di Radiol. e Fisica Medica, fasc. IV, pag. 453.

LUCCHESE. *Su la colecistografia rapida.* L'Ospedale Maggiore di Milano, fasc. 5, 1932.

SANDSTRÖM C. *De la cholécystographie rapide par voie buccale et de sa valeur.* Journ. de Radiol. et de l'Electrologie, 1932, n. 2, tome 16.

SCIACCA. *Nuovo metodo di colecistografia rapida.* Congresso Medico-Chirurgico Calabrese, 1933. Citato da CAPUA.

STEFANINI. *Un nuovo metodo di colecistografia rapida.* 38° Congr. Soc. Ital. di Chirurgia, Bari, ottobre 1931.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO BENITO MUSSOLINI
CLINICA DELLA TUBERCOLOSI
E DELLE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: On. Prof. E. MORELLI.

Note semeiologiche sull'area di ipofonesi paravertebrale nella frenico-exeresi (1).

Dott. A. FABRIS.

Come è noto, è stato il Trepiccioni a mettere in evidenza, negli operati di frenico-exeresi, quella che egli chiama « l'area di ipofonesi paravertebrale opposta », la quale « è situata nella regione paravertebrale inferiore ed ha forma di triangolo rettangolo, a base inferiore e ad angolo retto mediale, aperto verso l'esterno; è quindi per la sede e configurazione, simile all'area di ottusità paravertebrale descritta da Grocco nei versamenti pleurici ».

In realtà si può dire, a conferma di quanto scrive il Trepiccioni, che questa zona di ipofonesi controlaterale è facilmente dimostrabile, anche con una percussione piuttosto forte, in molti operati di frenico-exeresi; in una percentuale di casi che io non saprei fissare in cifre, non avendo fatto ricerche sistematiche in questo senso, ma che si può ritenere tuttavia notevole.

D'altro lato è anche certo che in qualche caso l'area di ipofonesi manca del tutto o per lo meno è difficilmente rilevabile, pur essendo l'emidiaframma paretico bene innalzato. Sarebbe quindi eccessivo considerarla un fenomeno semeiologico assolutamente costante.

Risulterebbe inoltre dalle mie ricerche che quest'area di ipofonesi, a parità delle altre condizioni, è in genere più evidente nella frenico-exeresi destra che nella sinistra.

Per ciò che riguarda la forma, essa ha in genere una base piuttosto ampia; si tratta in altri termini di un triangolo rettangolo, come giustamente afferma il Trepiccioni, in cui però il catete orizzontale per lo più supera in lunghezza il catete verticale, ossia quello corrispondente alla linea delle apofisi spinose.

Ma l'osservazione che ritengo di un certo interesse e che rappresenta di fatto l'oggetto della presente nota, è che quest'area di ipofonesi paravertebrale dopo un certo tempo dalla frenico-exeresi in qualche caso scompare o per lo meno si riduce di tanto da diventare difficilmente apprezzabile anche con la percussione leggera.

Questa osservazione io ebbi occasione di fare la prima volta casualmente in un malato, operato di frenico-exeresi destra, il quale presentava un'evidentissima area di ipofonesi paravertebrale nei primi giorni dopo l'intervento. Riesaminando il malato dopo un paio di mesi potei constatare che l'area di ipofonesi era completamente scomparsa. E ciò nonostante che l'emidiaframma paretico si mantenesse bene innalzato.

Successivamente ho potuto confermare l'osservazione in altri malati, operati di frenico-exeresi e in cui ho avuto l'avvertenza di segnare sulla pelle col nitrato d'argento i limiti dell'area di ipofonesi e il livello dell'emidiaframma enervato e che ho seguito con esami sistematici per qualche mese dopo l'intervento. Or bene anche in questi casi ho potuto constatare nelle settimane successive all'operazione una progressiva riduzione dell'area di ipofonesi fino alla più o meno completa scomparsa nel termine di 3-4 mesi.

Questa riduzione dell'area di ipofonesi va di pari passo con un rischiaramento dall'alto in basso del suono di percussione sulla colonna vertebrale, ossia con un'accorciamento del catete verticale del triangolo; e tutto ciò, beninteso, pur restando l'emidiaframma paretico innalzato o anzi in alcuni casi pur notandosi un ulteriore innalzamento di esso, come è facile osservare nella frenico-exeresi nelle prime settimane successive all'intervento.

Le osservazioni fatte non sono sufficienti per far ritenere che la scomparsa in secondo tempo dell'area di ipofonesi paravertebrale nella frenico-exeresi sia un fatto abituale e che quindi detta ipofonesi si debba considerare come una manifestazione semeiologica a carattere transitorio.

Tuttavia c'è un'osservazione indiretta che può avere importanza da questo punto di vista ed è che mentre l'area di ipofonesi paravertebrale è un reperto frequente, pur non essendo costante, nella frenico-exeresi recente, è raro invece metterla in evidenza nei vecchi frenicectomizzati; o per lo meno a me non è occorso di poterla osservare in numerosi malati, frenicectomizzati già da qualche mese, e in cui tuttavia esisteva ancora un cospicuo innalzamento del diaframma. In altri termini la notevole frequenza dell'area d'ipofonesi nella

(1) Comunicazione alla seduta del 5 febbr. 1934 della Sezione Laziale della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

frenico-exeresi recente è in netto contrasto con l'assenza o la rarità di essa nella frenico-exeresi che dati da qualche mese.

Comunque pur non potendo o non volendo ammettere che la scomparsa in secondo tempo dell'area di ipofonesi nella frenico-exeresi sia un fatto costante, è certo d'altra parte che detta area in qualche caso scompare o almeno si riduce di tanto da diventare fatto trascurabile dal punto di vista semeiologico.

Per ciò che riguarda la spiegazione del fenomeno, questa non può prescindere naturalmente dallo studio del meccanismo potogenetico per il quale si produce in primo tempo l'area di ipofonesi.

A questo proposito la spiegazione fornita dal Trepiccioni a me pare soddisfacente. Tenendo conto del fatto che il diaframma, pur avendo un'innervazione bilaterale, forma peraltro un tutto unico sia dal punto di vista anatomico che funzionale, è molto probabile che gli effetti della frenicectomia di un lato si ripercuotano entro una certa misura anche sull'altro emidiaframma e in questo specialmente nelle sezioni più vicine alla linea mediana. Bisogna pensare quindi, secondo il Trepiccioni, « a variazioni di posizione, a difetto di tono e ad alterata funzione della parte opposta del diaframma ».

In ultima analisi, secondo noi, due sono i fattori che si debbono prendere in considerazione: l'uno meccanico, per il quale l'emidiaframma sano viene ad essere sollevato passivamente dall'emidiaframma paretico nel suo tratto paramediano, l'altro funzionale, dovuto a un eventuale difetto d'innervazione nell'emidiaframma sano.

Or bene il comportamento a distanza dell'area di ipofonesi che tende a ridursi o a scomparire nelle settimane successive all'intervento starebbe a dimostrare che fra i due fattori, meccanico e funzionale, sia da attribuire la maggiore importanza al secondo, ossia al fattore innervazione. Altrimenti non ci sapremmo spiegare come dopo qualche tempo possa l'area di ipofonesi ridursi, pur restando l'emidiaframma paretico sollevato.

Volendo quindi attribuire nella genesi dell'area di ipofonesi, valore esclusivo o preponderante al fattore innervazione, si deve ammettere che detta area si produca specialmente in conseguenza della ipotonia e della paresi del tratto paramediano e posteriore dell'emidiaframma controlaterale, essendo le sezioni paramediane del diaframma, come dimostra l'indagine anatomica, quelle specialmente fornite di una duplice innervazione.

Ora nulla vieta di pensare che in secondo tempo l'emidiaframma sano riacquisti integralmente la sua autonomia funzionale e abbia luogo fra i due emidiaframmi una dissociazione funzionale più completa di quello che non sia immediatamente dopo la frenicectomia.

Riacquistando l'emidiaframma sano completamente il suo tono e la sua funzione, verrebbero a cessare quelle condizioni che rappresentano la base fisiopatologica per la quale si forma l'area d'ipofonesi paravertebrale.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato nei frenicectomizzati il comportamento a distanza dell'area di ipofonesi paravertebrale, descritta da Trepiccioni e ha visto che essa si modifica col tempo riducendosi o anche scomparendo del tutto, pur restando l'emidiaframma paretico innalzato.

Egli ritiene pertanto che nella genesi del fenomeno semeiologico dell'area di ipofonesi, si debba dare importanza prevalente al fattore innervazione.

LETTERATURA.

Trepiccioni E. *Lotta contro la tubercolosi*, anno 1°, n. 2, 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale Civile di Macerata
Prof. Luigi Caravani, primario chirurgo.

Ernie sfrozzate ed enterorragie

per il dott. Ugo Papa, aiuto chirurgo.

Da quando Schnitzler (1894) richiamò l'attenzione sulle emorragie intestinali, consecutive allo strozzamento erniario, questo accidente, non molto raro, come può a prima vista sembrare, è stato oggetto di osservazioni ripetute, e le discussioni circa il meccanismo, con il quale si produce, ancora non molto ben noto e chiaro, o per lo meno abbastanza complesso, sono state numerose. Pertanto ho creduto di un certo interesse illustrare due casi, venuti alla mia osservazione, uno dei quali si presta a molte considerazioni circa la patogenesi.

Caso I. — M. G., anni 71, contadino. Entrato in reparto il 22-I-1933. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Nega lue e malattie veneree. Bevitore e fumatore. Pare abbia goduto sempre ottima salute. È portatore da circa trenta anni di ernia inguinale bilaterale, la sinistra più voluminosa della destra. Da circa dieci anni va soggetto di tanto in tanto a dolori vivi in corrispondenza del tumore erniario di sinistra, che diventa

teso e irriducibile. Il paziente, per far cessare queste crisi dolorose, è solito mettersi a letto e ridurre da sè l'ernia. Per il volume, progressivamente crescente delle due tumefazioni, che gli ostacolano la stazione eretta e la deambulazione, da qualche anno porta cinto erniario. Dieci ore prima dell'ingresso in Ospedale, mentre si trovava a letto, e in seguito a colpi di tosse, è stato preso da fortissimi dolori al ventre, seguiti da vomito, mentre l'ernia sinistra è diventata tesa e dolente e non si è potuta più ridurre.

E. O.: Paziente di aspetto emaciato, giacente in decubito orizzontale. Pelle arida. Subittero delle sclere. Lingua patinosa, secca. Polso 100, uguale, ritmico, a pressione piuttosto elevata. Respiro 30, a tipo costo-addominale. Temp. 36,4. Vomito intenso. Alvo chiuso anche per i gas. Nulla a carico degli organi toracici. L'addome è uniformemente disteso, poco trattabile, poco mobile con gli atti del respiro. Alla palpazione moderata, la parete dimostra una tensione normale; non si percepiscono gorgoglii, nè guazzamenti. Fegato e milza nei limiti. Nessuna zona di ottusità. Nella regione inguino-scrotale sinistra tumefazione della grandezza di una testa di feto, di forma ovoidale, con un polo più grosso arrotondato verso lo scroto, e l'altro più piccolo, che si continua verso la regione inguinale. La superficie è liscia; la cute calda, distesa, lucente. Con la palpazione si provoca forte dolore; la tumefazione è irriducibile, duro-elastica, e ha risonanza timpanico-smorzata. Operazione (dott. Papa). Anestesia locale. Incisione ampia, come per erniotomia. L'isolamento del sacco è facilitato dall'edema dei vari piani. Apertolo, si ha fuoriuscita di notevole quantità di liquido limpido, citrino. Nell'interno del sacco è contenuta un'ansa del tenue della lunghezza di circa 18 cm., di colorito cianotico, ma a pareti toniche, e rivestita da peritoneo splendente e normale in ogni suo punto. Lo strozzamento, molto serrato, è a livello del colletto del sacco. Sbrigliato il colletto, si riduce l'intestino, si escide il sacco e si esegue la plastica della parete alla Bassini.

Dopo circa 36 ore dall'intervento, preceduta da rialzo termico (37.5), si ha emissione di feci liquide sanguinolenti, in notevole quantità e di colore rosso-scuro. Si applica vescica di ghiaccio e si somministra cloruro di calcio e oppio per bocca, coaguleno per via ipodermica. L'enterorragia si ripete in terza giornata dall'intervento, ma è meno abbondante e di sangue alterato e in gran parte coagulato. L'ammalato lascia l'ospedale guarito in 15ª giornata.

CASO II. — C. M., anni 77, proprietario. Entrato in reparto il 24 ottobre 1933. L'anamnesi familiare e personale remota sono completamente mute. Il malato è forte bevitore e fumatore. Una diecina di anni fa, è stato ricoverato in una casa di salute per malattie nervose, per alcoolismo cronico e polinevrite. Fu dimesso notevolmente migliorato; tuttavia ha continuato a bere strenuamente e, a dire dei congiunti, quasi seralmente rincavasa ubbriaco. È portatore da parecchi anni di voluminosa ernia inguinale destra, che di tanto in tanto non si è ridotta più, provocando vomito e dolori vivissimi. In tali contingenze il malato era solito mettersi a letto e rifiutare qualsiasi aiuto, perchè abituato a ridursi da sè il tumore erniario, malgrado la riduzione fosse a volte laboriosa e gli procurasse qualche ora di notevoli sofferenze. Sei ore prima dell'ingresso in ospedale, è stato trovato dai figli a letto, e in preda a fortissimi dolori, non riuscendo a ridurre da sè l'ernia, di cui non si riesce a sapere l'ora precisa dello strozzamento. Ha vomitato due volte ed ha l'alvo chiuso alle feci e ai gas.

E. O.: individuo di robusta costituzione scheletrica, ma di aspetto sofferente, giacente in decubito orizzontale. Sensorio offuscato. Cianosi pallida del viso e delle estremità; sudore freddo; subittero delle sclere. Lingua patinosa, umida; non edemi. Polso 90, uguale, ritmico, a pressione elevata. Respiro 28, a tipo costo-addominale. Temper. 36,6.

Nulla a carico del torace. Rinforzo del II aortico. L'addome è voluminoso per spesso strato di adipe, poco trattabile, diffusamente dolente e meteorico, ma mobile con gli atti del respiro. Lieve ottusità spostabile ai fianchi. Il fegato e la milza non si palpano. La regione inguino-scrotale destra è sede di un'enorme tumefazione, il cui polo inferiore arriva circa alla media età della coscia. La superficie è liscia; la cute distesa, calda e lucente. La tumefazione è tesa, dolentissima, irriducibile ed ha risonanza timpanico-smorzata.

Operazione (prof. Caravani). Anestesia locale. Incisione ampia come per erniotomia. L'anello strozzante è a livello dell'orificio inguinale esterno. Perciò, incisa l'aponevrosi del grande obliquo, si isola facilmente il voluminoso sacco erniario, con il suo contenuto.

Apertolo, si rinviene liquido ematico in notevole quantità e circa 60 cm. di tenue, dilatato, cianotico, con chiazze di emorragie sottosierose. In alcuni punti le pareti dell'intestino erniato sono infiltrate in toto di sangue e perciò, oltre a presentare il colore suddetto, appaiono anche aumentate lievemente di spessore e di consistenza. La soffusione emorragica della parete intestinale si propaga in alcuni tratti anche al meso corrispondente. Meraviglia, la notevole quantità di sangue contenuta nella cavità addominale, che si asciuga soltanto in parte. Anche la vaginale del testicolo contiene sangue. L'intestino, sotto l'azione del siero caldo, riprende colore e tono, mentre appaiono quà e là movimenti peristaltici. Persistono le chiazze di suffusione emorragica, ma il peritoneo viscerale è liscio e lucente. Si riduce lentamente l'intestino erniato; si escide il sacco, e si chiude la porta erniaria mediante plastica delle pareti (funicolo sottocutaneo).

Dopo 12 ore dall'intervento il malato ebbe improvvisamente, e senza accusare alcun dolore addominale, abbondante enterorragia. Le condizioni generali si mantennero buone, il polso ritmico e a discreta pressione; l'addome, leggermente meteorico, era tuttavia trattabile e indolente. Fu applicata vescica di ghiaccio e somministrati oppio, coaguleno e cloruro di calcio. Tuttavia, in seconda giornata dall'intervento, l'enterorragia si ripresentò e il polso divenne aritmico, ondulante e a pressione piuttosto bassa mentre l'es. dell'orina dimostrò presenza di zucchero (17 ‰). L'azotemia era di 0,51 ‰, la glicemia 3 ‰. Furono iniettate 20 U. di insulina e lo zucchero scomparve dalle urine, nè si ripresentò nell'ulteriore decorso della malattia.

L'azione cardiaca si regolarizzò in seguito ad

iniezioni di Digalen, Stricnina, Lacarnol, mentre la pressione sanguigna riprese, dopo piccole ipodermoclisi di soluzioni cloruro-sodiche e glucosate. In terza giornata il malato, che durante la notte aveva emesso con la sonda rettale gas e piccola quantità di feci liquide, picee, contenenti sangue alterato, ebbe, nella mattinata, vomito fecaloide ripetuto e con la sonda gastrica lo stomaco fu svuotato di circa due litri di liquido giallastro, fortemente putrido. Il malato, con sensorio leggermente offuscato, accusava un indolenzimento vago e diffuso a tutto l'addome; tuttavia non vi erano alterazioni gravi nè dello stato generale nè delle condizioni del sistema circolatorio. L'esame obbiettivo dimostrava un addome uniformemente meteorico, ma quasi completamente indolente e senza accenno a difesa muscolare. Non era dimostrabile, sia all'ispezione che alla palpazione, un aumento della peristalsi. Tuttavia la percussione dimostrava, in ambedue le fosse iliache e al mesogastrio, zone a risonanza fortemente timpanica, quasi metallica, mentre nelle parti marginali più declivi la risonanza era quasi ottusa. Passivamente era facile provocare il fenomeno del guazzamento, tanto nella fossa iliaca destra che nella sinistra. In 4ª e 5ª giornata il vomito fecaloide si ripetette parecchie volte, mentre il malato emetteva spontaneamente o in seguito a clisteri scarsa quantità di gas e feci liquide, poltacee, di color rosso-bruno. Peristaltina, ipofisina, soluzioni ipertoniche, purghe oleose e saline rimasero senza alcun effetto, mentre l'esame obbiettivo persisteva invariato. Come diremo in seguito, fu posta la diagnosi di trombosi dei vasi mesenterici, e, data la presenza di numerose anse del tenue distese e guazzanti, dimostrata anche radiologicamente da parecchi livelli liquidi, disposti a canne di fucile, si pensò che tutto il tratto di tenue erniato, con il suo meso, fosse sede del processo trombotico. Date l'età e le condizioni gravi dell'infermo, si escludeva la possibilità di un intervento radicale, che avrebbe richiesto la resezione di un esteso tratto di tenue, e si pensava alla eventualità di praticare una fistola enterica, come intervento palliativo, allo scopo di rimediare al fatto occlusivo, quando in sesta giornata, in seguito a purga oleosa, il malato ebbe una scarica regolare mentre scomparve il vomito fecaloide. Il miglioramento fu progressivo e in ventesima giornata il malato venne dimesso guarito.

I casi di emorragie del tubo gastro-enterico, consecutive ad atti operativi, non sono rari e tra questi le ernie, specie se strozzate, danno la percentuale maggiore. Fu per primo Schnitzler (1894) che studiò le emorragie intestinali consecutive alla chelotomia, descrivendo i loro sintomi, e stabilendone la patogenesi e la cura. Vennero poi i lavori di Ullmann (1897), di Kukula (1900), di Sauvè (1905), in seguito ai quali si distinsero due tipi di enterorragia, nettamente differenziati, non solo dal momento della loro insorgenza, ma anche dalla loro diversa gravità.

1) *Enterorragia precoce* (tipo Schnitzler). — Tolto lo strozzamento, si ha, nelle prime 24 ore, un lieve rialzo termico, seguìto, a distanza di poche ore, o in seconda giornata, da una scarica diarroica sanguinolenta, con caduta della temperatura.

L'enterorragia può ripetersi, ma è sempre scarsa, e la prognosi è buona. Si tratta in genere di ernie vecchie, voluminose, congenite, nelle quali un lungo tratto d'intestino si trova nel sacco, insieme a una certa quantità di liquido citrino o siero-ematico. Perchè l'enterorragia si produca, secondo Schnitzler, è condizione essenziale che lo strozzamento sia serrato e di data recente. Perciò molto spesso si tratta di ernie inguinali congenite, con colletti o anelli stenosanti, oppure di ernie ombelicali, con briglie cicatriziali molto serrate nell'interno del sacco; più raramente di ernie crurali.

2) *Enterorragia tardiva* (tipo Ullmann). — Sopravviene a guarigione operatoria già avvenuta, dall'8° al 18° giorno di malattia (Fickl, Patel, Luksch, Sauvé). Lo stato del malato è perfetto sia dal punto di vista locale, che generale, allorquando, senza prodromi, sopravviene un'enterorragia abbondante che può ripetersi, e che di solito è di prognosi fatale.

Questo secondo tipo di enterorragia si produrrebbe in soggetti anziani, arteriosclerotici, portatori di ernie di medio volume, ma strozzate da parecchio tempo, e con cingolo di strozzamento molto serrato.

La questione del meccanismo di queste emorragie ha dato luogo a numerose discussioni; e diverse teorie sono state emesse a seconda del tipo, precoce o tardiva, dell'emorragia stessa; e, per lo stesso tipo, a seconda di varie circostanze, non ancora completamente note. Per le precoci, due teorie si contendono il campo. La prima è di Schnitzler il quale ammette che, durante lo strozzamento erniario, per interruzione del circolo arterioso nell'ansa erniata si producono lesioni trofiche a carico dei capillari. Tolto lo strozzamento, e ristabilitasi bruscamente la circolazione arteriosa, i capillari alterati cedono, l'emorragia si produce, e il sangue stravasato si raccoglie nell'interno dell'ansa. Se questa è lunga, l'enterorragia si rivela clinicamente; se corta, manca o meglio resta latente, perchè la quantità di sangue versato è trascurabile.

La seconda teoria è di Kukula e cerca di spiegare, oltre che le enterorragie precoci, anche le tardive. Egli ammette che, nello strozzamento erniario, la circolazione arteriosa non è arrestata, mentre lo è quasi completamente la venosa. Si ha allora una trasudazione ematica nel sacco erniario e nel lume dell'ansa

intestinale che, prima ancora che sia tolto lo strozzamento, viene ad essere ripiena di sangue. L'emissione del sangue, in essa contenuto, si effettua con la prima scarica intestinale (emorragia precoce). Se l'ostacolo alla circolazione venosa dura di più, la mucosa cade in necrosi e si forma un'escara, che, cadendo in 5ª-6ª giornata, dà luogo ad una rottura dei vasi, e di conseguenza ad un'emorragia di tipo secondario.

Ma non basta. Kukula, in un uomo di 25 anni, operato di ernia strozzata, e morto in seguito a gravissime enterorragie, ha trovato all'autopsia un infarto emorragico sull'intestino strozzato. Inoltre, mentre le arterie erano normali, si trovarono invece trombizzate le vene. Perciò egli ammette che l'ostacolo alla circolazione venosa produce in fine una trombosi venosa per cui, il sangue arterioso, ristabilitasi la circolazione, urta contro l'ostacolo venoso e diviene il punto di partenza delle emorragie gravi e tardive. La teoria di Kukula è seducente, ma non mancano obbiezioni, e Sauvè per esempio, osserva che in seguito alla trombosi venosa, non si ha mai una vera emorragia, ma soltanto una stasi sanguigna. Solo l'ischemia arteriosa è, secondo lui, capace di produrre alterazioni dei capillari e dare così emorragie primitive. Comunque sia, il meccanismo non è certo univoco, e l'enterorragia primitiva, che è stata chiamata anche epistassi intestinale, per la sua benignità, può essere espressione di piccole erosioni della mucosa o di una sua fragilità, consecutiva al disturbo di circolo.

Per spiegare le enterorragie tardive, sono state invocate altre due teorie. Ullmann pensa che, nei soggetti arteriosclerotici, nei quali è stato osservato questo accidente, i vasi mesenterici si trombizzano e determinano un infarto emorragico esteso della parete intestinale, seguito da emorragia tardiva. L'altra teoria è di Nicaise, sostenuta da successive prove sperimentali di Schweninger e Tietze. Questi autori hanno dimostrato che una uguale compressione delle vene e delle arterie intestinali produce una gangrena ischemica, che progredisce eccentricamente dalla mucosa alla sierosa. Se il malato è operato, quando la sola mucosa è interessata, si forma un'escara, che distaccandosi in 6ª giornata o più tardi, determina un'emorragia tardiva e abbondante. Questa teoria concorda con la maggior parte dei fatti, osservati clinicamente: arteriosclerosi del soggetto, abbondanza dell'emorragia; integrità del peritoneo, che non permette, al momento dell'operazione, di prevedere questa complicanza. Tuttavia, se l'autopsia mostra talvolta una o più ulcerazioni risultanti dalla caduta della mucosa, è certo che esistono altri casi. in cui tali ulcerazioni non si trovano.

Patel, in base a tali dati, raccomanda di non essere troppo univoci nel ricercare le cause, che possono aver determinato queste emorragie intestinali e fa osservare che in genere si tratta di malati intossicati o in preda a gravi processi infettivi, nei quali la paralisi vasomotrice, la diminuita coagulabilità del sangue, le cattive condizioni dei tessuti, la fragilità dei piccoli vasi, sono altrettanti fattori da prendere in considerazione nel determinismo delle emorragie stesse. E a conferma di ciò Biancardi riferisce un caso, nel quale ad ogni strozzamento erniario, che il malato riduceva da sè stesso, praticandosi il taxis, si produceva un'enterorragia. Mancando il tempo per prodursi quelle alterazioni patologiche, invocate dai vari autori per spiegare l'emorragia, era giocoforza invocare, quale causa patogenetica, una congenita fragilità vasale, che determinasse la rottura dei capillari, ogni qualche volta si produceva nell'ansa un semplice rallentamento o anche un arresto transitorio della circolazione sanguigna.

In un altro caso, riferito da Aloi, si trattava di un malato operato di una piccola ernia inguinale, non strozzata, con sequele operatorie normali e cicatrizzazione perfetta delle ferite. In 7ª giornata epistassi abbondante, seguita da enterorragia profusa e l'indomani da ematemesi ripetute. Morte in 48 ore. L'A. pensa a uno stato emorragiparo latente, e avanza l'ipotesi che l'atto operativo o la narcosi abbiano reso evidenti, con la loro influenza nociva sul ricambio o sul sistema endocrino (principalmente capsule surrenali), alterazioni epatiche. renali, vasali o emopoietiche preesistenti.

Esposte in sintesi la sintomatologia e l'etiopatogenesi delle enterorragie da ernie strozzate, mi permetto qualche considerazione, in base alla storia clinica dei due malati, da me osservati.

Nel primo malato l'enterorragia ha avuto tutte le caratteristiche di quelle precoci, tipo Schnitzler: comparsa dopo 36 ore dall'intervento, prognosi benigna, ernia voluminosa e vecchia, contenente un lungo tratto d'intestino, anello di strozzamento serrato. Il fatto che l'emorragia si è ripetuta in 3ª giornata, sembra contraddire il precetto di Patel, che, cioè, l'enterorragia precoce non recidivi quasi mai. Anche nei malati, osservati da Biancardi, si ebbe ripetizione dell'emorragia. Tuttavia è da osservare che nel mio malato, il sangue versatosi in terza giornata, era notevolmente alterato e in gran parte coagulato così da far pensare

che fosse preversato e successivamente espulso. Circa la patogenesi, trattandosi di un soggetto anziano con lesioni arteriosclerotiche, è seducente pensare con Schnitzler, a un'interruzione del circolo arterioso, con successive lesioni trofiche dei capillari e rottura di questi, al momento della soppressione dell'ostacolo.

Tuttavia non è possibile escludere l'ostacolo alla circolazione venosa, voluto da Kukula, sebbene lo strozzamento datasse da dieci ore, cosa che, in un vecchio, avrebbe portato facilmente a una necrosi della mucosa o a una vera trombosi. Il non ripetersi dell'emorragia e il decorso benigno della malattia fanno escludere l'una e l'altra ipotesi.

A considerazioni di maggiore interesse si presta il secondo caso, nel quale l'enterorragia si associò a fatti occlusivi, realizzando nello stesso malato i due accidenti più frequenti, consecutivi allo strozzamento erniario. L'etiologia della trombosi venosa mesenterica, è multipla e offre ancora punti oscuri e non di rado controversi. Per non esulare dai limiti di questo lavoro, dirò semplicemente che essa può verificarsi ed è stata riscontrata in occasione di processi patologici di carattere meccanico, che colpiscono l'intestino (compressione e contusione; incarceramento, strangolamento, invaginazione). Che nel mio caso si sia trattato di una trombosi venosa, è dimostrato dal reperto operatorio e dal decorso della malattia. L'intestino erniato e il suo meso presentavano chiazze di suffusione emorragica, e, in alcuni punti, l'infiltrazione di sangue era tale da aumentare lo spessore e la consistenza dei tessuti.

Tali alterazioni sono proprio dell'infarto emorragico dell'intestino e, sebbene non sia stato accertato lo stato anatomico e funzionale delle vene e delle arterie mesenteriche, cosa che il Margarucci raccomanda sempre di fare in casi simili, tuttavia l'ostacolo alla circolazione venosa era dimostrato dalla notevole quantità di sangue contenuta nell'addome, spiegabile soltanto con l'ipotesi che il fatto trombotico, in via ascendente, si fosse esteso al meso dell'intestino non erniato. Infatti, nelle ernie strozzate, è facile trovare liquido ematico nel sacco erniario, mentre il rinvenirlo nella cavità addominale, e in notevole quantità, come nel mio caso, non è frequente e meravigliò anche noi. La spiegazione di tale reperto venne dopo, quando, col presentarsi di una sindrome occlusiva accompagnata da enterorragie, la diagnosi di trombosi venosa fu posta con sicurezza. Trattandosi di trombosi lenta e progressiva a decorso ascendente, mancò il dolore fierissimo, che è dato come caratteristico dell'ostruzione vaso-mesenteriale, ma che, in realtà, è più proprio delle ostruzioni arteriose di origine embolica, che si stabiliscono d'un tratto, e nelle quali il dolore è espressione dello stato di esagerata peristalsi, che accompagna all'inizio l'infarto anemico. Ma tutti gli altri sintomi, propri dell'occlusione vasale mesenterica, furono presenti nel mio caso: vomito biliare e poi fecaloide; diarrea sanguinolenta seguita da ritenzione del contenuto intestinale con associazione di saltuarie emissioni di feci ematiche; aumento della sensibilità addominale; meteorismo circoscritto e presenza di anse guazzanti e a risonanza metallica; subottusità ai fianchi, per versamento ematico endo-peritoneale.

Vi sono dunque casi di enterorragie da ernie strozzate, non classificabili nè tra le precoci tipo Schnitzler, nè tra le tardive tipo Ullmann. Simili alle prime per la loro comparsa; si avvicinano alle seconde per la prognosi grave e per la patogenesi; ma non sono l'unica espressione dell'alterato circolo dell'intestino erniato, in quanto si accompagnano a fatti occlusivi e fanno parte di una sindrome più imponente e di prognostico più grave, propria della trombosi mesenterica.

Qualche altra considerazione merita il mio caso nei riguardi del trattamento. Si sa che, mentre l'occlusione arteriosa giunge quasi sempre allo sfacelo delle pareti dell'intestino colpito e alla peritonite con o anche senza perforazione; conseguenze meno gravi può avere l'ostruzione della vena per la ragione che, trattandosi di ostruzione da trombosi e ordinariamente a svolgimento lento, le lesioni nutritive possono restare più circoscritte ed essere meno importanti, mentre i compensi di circolazione tra le singole diramazioni venose mesenteriche e tra queste e il sistema della cava possono più facilmente stabilirsi — Margarucci, in un recente lavoro, preconizza una condotta astensionistica da riservare ad alcuni speciali casi, nei quali l'esplorazione operatoria può dimostrare la assoluta conservazione della vitalità della parete intestinale, sede dell'infarto emorragico: integrità del circolo arterioso; lucentezza e levigatezza della sierosa; conservazione della consistenza e del tono della parete; conservazione e vivacità dei movimenti peristaltici. Nel mio caso, le condizioni gravi dell'infermo fecero escludere la eventualità di un atto operativo, indicato, ma di prognostico quasi sicuramente infausto, per l'estensione della resezione, cui si sarebbe dovuto ricorrere. Tuttavia la guarigione spontanea del malato dimostra la possibilità di un ripristino anatomico e funzionale completo;

all'infuori di qualsiasi atto operativo ed il mio caso si aggiunge ai pochissimi, nei quali un compenso naturale può riuscire salutare. (Margarucci cita i casi di Chiene, De Jasseline, De Jonos, Nazzari; Meyer in una statistica di 92 casi, raccolti nella letteratura degli ultimi dieci anni, riporta soltanto 9 casi di guarigione spontanea).

RIASSUNTO.

L'A., a proposito di due casi di enterorragia da ernia strozzata, studia questa complicanza, non molto frequente, e aggiunge alle enterorragie precoci e tardive descritte dai vari AA., una terza forma di enterorragia, associata a fatti occlusivi, ed esponente di una trombosi dei vasi mesenterici, a prognosi quasi sempre infausta. La guarigione spontanea del suo malato conferma l'eventualità, certamente rara, di un compenso naturale e di un ripristino anatomico e funzionale completo, all'infuori di qualsiasi atto operativo.

BIBLIOGRAFIA.

1. ACQUAVIVA et CAIRE. *Complicazioni delle ernie.* Gazette des Hôpitaux, n. 32, 19, aprile 1924.
2. ALOI. *Delle emorragie gastro-intestinali consecutive ad erniotomia.* Archivio italiano di chirurgia, vol. III, marzo 1921.
3. BACHY. *Infarto ileo-mesenterico ed ernia strozzata.* Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, vol. 57, n. 31, dicembre 1931.
4. VON BARACZ. *Ernia strozzata, enterorragia.* Zazas Centralblatt f. d. Grenzegebiete der Medizin und chirurgie, vol. 13, giugno-luglio-agosto 1910.
5. BIANCARDI. *Enterorragie da ernia strozzata.* Accademia medica di Genova, 15 agosto 1932, anno 47, n. 8.
6. BUSSE. *Sulle emorragie gastro-intestinali postoperatorie.* Arch. f. Klin. Chirurgie, f. 76, 1905, pag. 122.
7. CASTAGNOL. *Enterorragie erniarie.* Thèse de Bordeaux, 1901.
8. COUTANT. *Enterorragie nell'ernia ombelicale strozzata.* Thèse de Lyon, 1906-7.
9. DUCASTAING. *Emorragia intestinale precoce consecutiva a chelomia.* Paris Médical, 1921, pag. 171.
10. FALCONE. *Sulle emorragie gastro-intestinali post-operative.* Rivista sanitaria, anno X, n. 27, Napoli.
11. FICKL. *Emorragia nell'ernia strozzata.* Wiener Klin. Wochenschrift, 1895, n. 26.
12. FORNACA e SERAFINI. *Enterorragie consecutive all'operazione di ernia inguinale libera.* Comunicazione alla R. Accademia medica di Torino, 30 aprile 1909.
13. GOSSET. *Enterorragia precoce dopo chelotomia.* Revue de Chirurgie, 1905, t. I.
14. KUKULA. *Etiologia delle enterorragie consecutive allo strozzamento erniario.* Arch. bohêmens de Méd. Clinique, 1900, t. I.
15. LEO. *Trombosi del mesentere d'un'ansa intestinale strozzata in un'ernia inguinale.* Bull. et Mémoires de la Soc. Anat. de Paris, 1921, p. 311.
16. LUKSCH. *Sulle enterorragie nelle stenosi.* Wiener Klin. Wochenschrift, 1896, n. 44.
17. MARGARUCCI. *Sindrome addominale acuta, determinata da trombosi nel territorio della vena mesenterica superiore,* ecc. Supplemento all'annata n. 40 del « Policlinico », Sezione Chirurgica.
18. MELNOTTE et CLAVEL. *Valore semeiologico dell'enterorragia nell'infarto intestinale.* Presse médicale, anno 40, n. 61, giugno 1932.
19. MEYER. *Occlusione vascolare mesenterica.* Annals of Surgery, vol. 94, n. 1, giugno 1931.
20. NICAISE. *Sullo strozzamento erniario.* Thèse de Paris, 1866.
21. PATEL. *Resezione intestinale per infarto.* Lyon Chirurgical, n. 1, luglio 1910, pag. 79.
22. ID. *Enterorragia secondaria consecutiva a ernia ombelicale strozzata.* Ibid., luglio-agosto 1920, pag. 457.
23. ID. *Enterorragie erniarie. Nouveau traité de chirurgie.* LE DENTU et DELBET: *Hernies,* vol. 25, pag. 98. Baillière, édit., Paris, 1924.
24. PRIENDLSBERGER. *Enterorragie dopo chelotomia.* Wiener. Klin. Wochenschrift, 1901, vol. 14.
25. SAUVÉ. *Emorragie intestinali consecutive all'operazione di ernie in generale.* Revue de chirurgie, 1905, vol. I, pag. 211, 363, 492.
26. ID. *Dell'obliterazione dei vasi mesenterici.* Ibid., 1910, n. 485, vol. V.
27. ID. *Le emorragie gastro-intestinali post-operatorie.* Journal de Chirurgie, 1911, p. 128.
28. SCHNITZLER. *Emorragie nell'ernia strozzata.* Wiener Medical Wochensch., 1897, n. 34.
29. SCHWENINGER. *Studio sperimentale sullo strozzamento intestinale.* Arch. f. Heilkunde, 1873.
30. TIETZE. *Studio sperimentale sullo strozzamento.* Langenbecks. Archiv. f. Klin. Chir., v. 49.
31. TOURNEAUX. *Le enterorragie consecutive alla chelotomia.* Concours Médical, 26 luglio 1914.
32. ULLMANN. *Emorragie nelle ernie strozzate.* Wiener med. Wochenschrift, 1897, n. 21.

ISTITUTO CHIRURGICO ED ORTOPEDICO

DI CALTANISSETTA.

Due ernie epigastriche, di cui una strozzata, contenenti il legamento rotondo del fegato.

GIUSEPPE BALLATI, chirurgo direttore.

In molti trattati anche recentissimi di chirurgia non ho trovato accenno alcuno all'eventualità che il legamento rotondo del fegato possa essere contenuto in un'ernia epigastrica, nè accenno all'importanza, che può avere il detto legamento nella patogenesi di tale tipo di ernia.

Anche la letteratura sull'argomento è scarsissima e se sono riuscito a trovare pubblicato qualche caso di ernia epigastrica avente per contenuto il legamento teres, non mi è stato possibile leggere che sia stato reso noto qual-

che caso di ernia del legamento teres con sintomi di strozzamento.

Certamente il centro della mia residenza non offre possibilità di estese e complete ricerche bibliografiche e perciò può darsi che altri casi come il mio siano stati pubblicati ed allora la presente nota avrà soltanto lo scopo di aumentare la casistica certamente non numerosa.

Nel 1929 ebbi occasione di operare un'ernia epigastrica e trovai che la piccola estroflessione peritoneale, costituente il sacco, conteneva un piccolo blocco adiposo, che si continuava con legamento rotondo del fegato, legamento di dimensioni rilevanti rispetto al normale cordone fibroso, che ordinariamente lo costituisce.

Casi del genere erano stati resi noti (Martel); Villard fin dal 1922 (seduta della Società scienze mediche di Lyon), parlando della patogenesi delle ernie epigastriche, aveva detto della possibilità di constatare quale contenuto di tali ernie il legamento teres del fegato. Non ritenni pertanto di scrivere sul caso capitatomi.

L'anno scorso dovetti operare di urgenza un individuo, che presentava sintomi di strozzamento di ernia epigastrica anch'essa contenente il legamento rotondo epatico. Ed è perchè ritengo per lo meno rara una sindrome di strozzamento in un'ernia epigastrica del legamento rotondo, che mi accingo a rendere noti i due casi, che riassumo brevemente:

Caso I. — P. S., di anni 35, da Recalmuto. Entra in clinica il 26 luglio 1929 per sottoporsi ad intervento operativo, essendo affetto da ernia epigastrica, che gli produceva dolori e qualche volta vomito. Presentava una piccola tumefazione epigastrica della linea alba non completamente riducibile.

Previo esame somatico e funzionale, il 28 luglio in anestesia rachidea con ampolle bigemine dell'I.S.M. viene da me operato.

Incisione xifo-ombellicale. Apertura del sacco contenente del tessuto adiposo, che si continua nell'addome con un cordone infarcito di grasso che si segue fino all'ipocondrio destro e si riconosce per il legamento rotondo del fegato.

Si reseca fra due legature ed all'esame anatomico si osserva che è costituito in prevalenza da tessuto adiposo in mezzo al quale si trovano ancora pervii i vasi ombellicali.

Asportato il sacco ed il suo contenuto, si chiude la parete con quattro piani di sutura, previa apertura di entrambe le guaine dei muscoli retti.

Guarigione per primam. Esce in perfetto stato dopo dodici giorni di degenza.

Caso II. — G. B., di anni 64, da Villapriolo. Entra in Clinica il 20 ottobre 1932 in condizioni piuttosto gravi. Ha vomito incoercibile da quattro giorni, alvo chiuso, dolori all'epigastrio, dove si nota una tumefazione della grossezza di una piccola noce avellana dolentissima, irriducibile. L'addome è meteorico ed anch'esso dolente. Polso piccolo, frequente (110), non febbre. Dice di essersi accorto da qualche anno della piccola tumefazione epigastrica, che è stata del volume di una nocciola.

Gli ha sempre arrecato fastidii, consistenti in dolorabilità specie durante i lavori faticosi del suo mestiere di contadino. Si è accorto che la tumefazione ha subito un appena sensibile aumento di volume ed afferma che, in occasione di uno sforzo fatto quattro giorni avanti, avvertì un vivo dolore all'epigastrio e subito dopo si iniziò il vomito ed al completo la sindrome dello strozzamento.

L'infermo ha aspetto ansioso, sofferente, lingua arida; l'esame delle urine dimostra presenza di albumina in velatura e nel sedimento si osserva la presenza di qualche cilindro ialino.

Lo sottopongo senz'altro ad intervento chirurgico.

Rachianestesia con ampolle bigemine dell'I.S.M. (negativa). Narcosi con la miscela di Schleich forte. Incisione xifo-ombellicale. Si apre il peritoneo a monte ed a valle della tumefazione erniaria, il cui contenuto si continua con un grosso peduncolo endo-addominale, teso, che dà l'impressione di un blocco epiploico. Si osserva invece che decorre in alto verso l'ipocondrio destro e si riconosce per il legamento rotondo del fegato. Si reseca tra due legature e si asporta in una col sacco erniario.

Chiusura della parete a quattro piani previa apertura delle guaine dei retti.

Dato l'assoluto digiuno preoperatorio e la disidratazione dell'organismo, si pratica qualche ipodermoclisi glucosata.

Dopo l'intervento non ci fu più vomito, l'ammalato si riprese rapidamente, si ebbe una guarigione per primam e venne dimesso in ottime condizioni dopo quattordici giorni di degenza.

Il legamento teres in questo caso presentava un volume di circa un grosso pollice; era costituito da tessuto adiposo con sepimenti fibrosi ed alla sezione si notavano pervii i vasi ombellicali.

Dato il numero piuttosto esiguo di ernie epigastriche, che ho avuto occasione di operare nella mia clinica, il fatto di avere constatato fra esse due casi in cui il contenuto erniario era costituito dal legamento teres ed il fatto di avere riscontrato in due adulti ancora pervii i vasi ombellicali credo debba riportarsi a fortunata combinazione.

Nei due casi descritti, come in tutte le ernie epigastriche, devesi ammettere che deve esserci stata una causa anatomica predisponente come smagliature aponeurotiche (inscriptio tendinea). E nell'uno e nell'altro caso il legamento teres, per la mancata involuzione e per la speciale conformazione, ha determinato la produzione dell'ernia, assurgendo a fattore patogenetico decisivo.

Per la sindrome da strozzamento, penso che lo stiramento sul fegato e sul diaframma, esercitato dal legamento teres strozzato, diede luogo a gravi disturbi di origine riflessa uguali ai disturbi che si producono quando nel sacco è impegnato un viscere.

Del resto poi, nelle ernie epigastriche, fenomenologie riflesse non sono rare ed è ormai sufficientemente dimostrato che a produrle basta lo stiramento esercitato dall'estroflessione peritoneale, che forma il sacco erniario vuoto e persino da un semplice lipoma properitoneale.

Il legamento teres del fegato adunque può avere importanza patogenetica nella produzione delle ernie epigastriche, può rappresentarne esclusivamente il contenuto e può infine strozzarsi dando luogo alla classica sindrome degli strozzamenti erniarii, mettendo in serio pericolo la vita dei malati.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due casi, da lui operati, di ernia epigastrica, una sciolta ed una strozzata, contenenti il legamento rotondo del fegato. In entrambi si notarono pervii i vasi ombellicali.

Caltanissetta, 9 dicembre 1933-XII.

BIBLIOGRAFIA.

MARTEL. Loire Méd., St. Etienne, 1913, XXXII, pag. 220.

VILLARD. Seduta della Società Scienze mediche di Lyon, 1922.

ALBERTI. Policlinico, Sezione pratica, 1933.

SUNTI E RASSEGNE.

SCHELETRO.

Un caso di osteopsatirosi (Malattia di Lobstein).

(MONDOR H. e SICARD A. *Presse méd.*, 18 novembre 1933).

Si trattava di una donna di 55 a. entrata in ospedale per una frattura della rotula sinistra, che risultò aver subìto precedentemente altre otto fratture in varie sedi, conseguenti tutte a traumatismi minimi e tutte guarite con regolare decorso.

Nessun precedente famigliare del genere. Nè alcun precedente anamnestico degno di nota.

L'inferma aveva le sclere di colorito bleu ardesiaco e alterazioni (ipoacusia, sclerosi del timpano) a carico dell'orecchio sinistro.

L'esame radiologico pose in evidenza una trasparenza esagerata delle ossa degli arti specialmente in corrispondenza delle epifisi; assottigliamento della corticale.

Dentatura in cattive condizioni, assenza di parecchi molari, colore di « corno biondo » dei denti rimasti che apparivano anche scheggiati e che si fratturavano a detta dell'ammalata masticando anche del pane. Bastava un ditale da cucire per limarne le scheggiature.

Capelli rari, fragili che cadevano facilmente.

Unghie friabili.

Cranio distrofico, cranio orlato d'Apert senza particolare sporgenza della protuberanza occipitale.

I riflessi tendinei rotulei ed achillei erano appena percettibili.

Esami completi dell'occhio, dell'orecchio, craniometrici e biologici non mettevano in evidenza niente di particolare.

Fra questi ultimi la calcemia risultava leggermente inferiore alla norma, più notevolmente inferiore la fosforemia.

La eliminazione del fosforo e del calcio con le settine era presso a poco normale.

La contrattilità elettrica muscolare era normale.

Gli esami anatomo-patologici di pezzi asportati mediante biopsia dimostrarono:

a carico dell'osso: salvo una decalcificazione avvenuta rapidamente durante la preparazione del pezzo come per le ossa povere di calcio, niente altro di notevole;

a carico della tiroide e della paratiroide niente di notevole.

Gli AA. concludono che se il quadro clinico può dirsi ormai ben definito, per ciò che concerne la patogenesi nessuna ipotesi è fondatamente formulabile.

M. PAGGI.

L'osteoporosi circoscritta del cranio.

(LE FORT e MOREAU. *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, n. 1, 1934).

Gli AA. illustrano una loro osservazione personale di osteoporosi circoscritta del cranio in cui erano presenti anche una leontiasis ossea del mascellare sup. s. e dell'osso malare s., e lesioni caratteristiche della malattia di Paget nel femore e nelle ossa del bacino.

Si trattava di un uomo di 41 a. inviato nell'ottobre 1931 ad uno dei due AA. da un dentista per una lesione del mascellare sup. s. — All'età di 15 a., il p. aveva ricevuto in corrispondenza dell'osso malare s. un forte trauma che gli fece perdere i sensi. Un gonfiore accentuato scomparve a poco a poco e il p. stette bene per 13 a.; in seguito egli constatò una aumento di volume della sporgenza malare e anche del mascellare sup. s., nel fondo della bocca, al disopra della gengiva. Non accusando alcun dolore, il p. non vi prestò attenzione. Lentamente l'accrescimento aumentò da parte del mascellare più che da parte dell'osso malare e i denti cominciarono a guastarsi tanto che egli successivamente dovette farsi togliere gli ultimi 4 molari di sin. Obbiettivamente si notava un'iperostosi diffusa del mascellare sup. e dell'osso malare s. Le superfici sporgenti erano liscie e regolari, il palato non era modificato, il setto nasale era spostato a s. La pressione era indolente ed il p. era andato a farsi vedere solo perchè consigliato da un dentista che già tre anni prima gli aveva fatto fare delle radiografie dentarie, nelle quali si scorgevano segni di rarefazione a livello delle radici di alcuni denti. Altre radiografie, praticate alcuni giorni prima, mostravano una massa opaca che occupava i 2/3 inferiori del seno mascellare s.

Il resto dell'E. O. era negativo: non vi era poliuria marcata; nulla di anormale a carico della tiroide e delle paratiroidi; mai febbre; a carico della testa solo qualche leggero disturbo momentaneo, consistente in una leggera ebbrezza. Nessuna nota di malattia specifica.

Rivisto due mesi dopo, l'affezione sembra progredita: la volta palatina è un po' bombé.

Nell'aprile 1932 l'aggravamento è sicuro: il bordo D del mascellare superiore è più grosso ed è comparsa una congiuntivite bilaterale. Inoltre nuove radiografie sembrano mostrare anche un leggero sviluppo della tumefazione del seno.

Nel settembre 1932 la branca montante del mascellare sup. è voluminosa. La calcemia è di 0,68.

Nuove radiografie fatte nel settembre e nell'ottobre 1932 mostrano delle immagini che sembravano accidentali nel 1931 e che invece si trovano ora più precise, aggravate e che non permettono dubbi sul loro significato patologico: lacune osteoporotiche nei due mascellari, e più vaste, al cranio; la sella turcica è deformata, piccola, a pareti ispessite e voluminose, con le apofisi clinoidee posteriori enormi e irregolari.

Alla pressione le zone del cranio, chiare radiograficamente, non presentano diminuzione di resistenza.

Le radiografie del bacino e dei femori mostrano lesioni caratteristiche della m. di Paget.

Il p., trattato con cure radioterapiche intensive, mostra nel marzo 1933 un certo miglioramento.

Gli AA. quindi espongono diffusamente il quadro sintomatologico, radiografico della osteoporosi circoscritta del cranio e i segni in base ai quali si può fare la diagnosi, enumerando le differenze che esistono fra questa malattia e la disostosi ipofisaria.

Riguardo all'etiologia, in base a tutte le osservazioni pubblicate, gli AA. ammettono fattori etiologici diversi; può infatti coesistere un neoplasma maligno imputabile di una rarefazione ossea non metastatica — oppure lesioni pagetiche, alle quali Schüller e tutti gli altri AA. dopo di lui attribuiscono una grande importanza — oppure non esiste alcun fattore causale: si tratta allora della forma così detta essenziale.

Gli AA. seguono Heyer-Borstel che, basandosi sulla possibile coesistenza di lesioni di osteoporosi circoscritta del cranio con lesioni pagetiche, ammette che siano lesioni di uno stesso processo, le prime corrispondenti allo stadio iniziale, le seconde allo stadio terminale. Gli AA. ammettono infine che nel loro p. anche la leontiasi ossea sia una localizzazione facciale dell'osteite deformante di Paget.

GENTILE.

Osteite deformante.

(H. D. KAY, S. LEVY SYMPSON e G. RIDDOCH. *Arch. of Intern. Medic.*, febbraio 1934).

Gli AA. hanno studiato clinicamente e radiologicamente (per la parte radiologica ebbero la collaborazione di G. E. Vilvandré) 34 casi di osteite deformante.

Per l'età, l'età media di inizio è stata di 46 anni; il paziente più giovane ne aveva 30 e il più vecchio 60. Più colpite furono le donne (18 casi). Solo in due casi si aveva la malattia a tipo familiare (fratello e sorella e forse anche la madre).

L'inizio è insidioso. In 10 casi cominciò con dolori agli arti inferiori, in due con dolori al dorso, in due con cefalea. In 4 casi il primo segno fu una frattura. Due cominciarono con paraplegia spastica, in 6 la diagnosi fu fatta radiologicamente per indagini dovute a sinovite, malattia prostatica, bronchite, calcolo vescicale, appendicite.

Il dolore fu presente in tutti i 34 casi.

Le modificazioni scheletriche sono state sostanzialmente quelle descritte dal Paget. Si ebbero modificazioni della forma in rapporto colla gravità e colla tensione muscolare (mo-

dificazioni all'arto superiore sinistro nei mancini, per esempio). Il classico quadro dell'osteite deformante è quello di uno scheletro simile a quello di scimmia.

Fratture furono osservate in 5 dei 34 casi degli AA., artrite in 3, sarcoma in 1.

Per quanto riguarda le lesioni nervose, 2 volte ci fu paraplegia spastica da compressione, 2 volte parestesie, 1 volta rigidità articolare e debolezza degli arti, 1 volta paresi dei due arti inferiori, 1 contrazioni involontarie di un piede, in 3 anestesia ed analgesia degli arti inferiori, 2 perdita del senso vibratorio agli arti inferiori.

Un paziente ebbe epilessia senile, 2 avevano nistagmo laterale con diplopia, 3 minzione frequente.

Due casi presentarono fenomeni psichici.

In 13 pazienti fu trovata ipertensione arteriosa, in 3 insufficienza aortica, in 1 gangrena senile dell'alluce, in 1 bradicardia.

Due malati avevano atrofia del nervo ottico, 2 diplopia, 1 emorragie retiniche; e 1 cheratite con opacità corneale.

In 10 malati si ebbe diminuzione dell'udito, ma 9 avevano una malattia dell'orecchio medio.

In 30 casi gli AA. determinarono il contenuto in fosfatasi del plasma e trovarono in tutti un aumento (che in qualche caso fu di 10 volte il normale); però non c'è rapporto fra contenuto in fosfatasi e gravità della malattia.

In un caso fu determinata la ripartizione del fosforo nel sangue: il fosforo acido-solubile totale era di 27,2 mg. per 100 cc. e il fosforo organico acidosolubile era di 23,9 mg.

Per quanto riguarda le cause etiologiche, il dosaggio del calcio non ha indicato nè una iper- nè un'ipoattività costante delle paratiroidi; la Wassermann è stata positiva in 3 casi. L'origine neurotrofica è dubbia e i disturbi nervosi sono conseguenza delle lesioni ossee, e non causa.

B. LUSENA.

Ascesso cronico dell'osso.

Myositis ossificans circumscripta: Sarcoma dell'osso.

(v. SEEMEN. *Dsch. z. Chir.*, 239, pag. 160).

L'A. si trattiene sulle difficoltà diagnostiche differenziali fra forme infiammatorie lente e sarcomatose (i più noti radiologi e chirurghi citano errori in materia) e riporta un caso (il primo nella letteratura) di una miosite ossificante circoscritta sulla base di una osteomielite purulenta lenta del femore da staph. aureus.

La diagnosi aveva oscillato fra sarcoma e ascesso cronico. La biopsia praticata dal Borst aveva dimostrato una osteite fibrosa. Dopo la biopsia si ebbe un rapido aumento di volume della tumefazione, onde si tornò al sospetto di sarcoma e si intervenne. Il reperto operativo mostrò un tessuto sarcomasimile, con inclusioni ossee che davano radiologicamente un aspetto di stalattiti, e al di sotto di esso, un tipico ascesso osseo. Asportazione della massa che si mostrava intimamente fusa con la muscolatura, e scuccchiaiamento dell'osso. Esame istologico (anche del Borst). Reperto tipico di miosite ossificante nei suoi vari stadi (vivace neoformazione di osso, infiltrazione rotondo-cellulare e linfocitaria).

L'A. si trattiene quindi sulla diagnosi differenziale della miosite ossificante come tale, come anche delle proliferazioni su base periostitica.

In un altro caso riportato dall'A. la diagnosi aveva indirizzato verso un sarcoma periostale. Anche qui reperto analogo al precedente, solo che la miosite era in uno stadio molto meno evoluto. Il terzo caso riportato dall'A. illustra un dubbio diagnostico fra ascesso corneo e sarcoma periostale. Diagnosi operativa: sarcoma periostale.

ALDO CALÒ.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Emocateresi.

(A. POZZAN. *Haematologica*, vol. XV, fasc. I, 1934).

L'A., da un esame critico dei dati della letteratura e dai risultati delle sue ricerche sullo studio della funzione emocateretica in generale e linfoghiandolare nelle emolisi abnormi provocate artificialmente, trae la conclusione che la funzione emocateretica di norma consta essenzialmente di due momenti distinti: un primo tempo o emolisi propriamente detta, e un secondo tempo o fagocitosi da parte degli elementi endoteliali dei globuli rossi e frammenti di questi (spodofagia endoteliale).

I globuli rossi insufficienti alla funzione cui sono preposti o comunque invecchiati e privi di quelle attitudini indispensabili alla loro permanenza in circolo, andrebbero incontro in un primo tempo all'emolisi. È assai difficile stabilire con sicurezza la natura dell'agente litico che presiede all'emolisi. È da supporre che l'emolisi non sia dovuta ad un unico fattore ma a fattori vari di natura diversa, fattori fisici (movimento, aumento e diminuzione di pressione nell'ambito vasale, spasmo di alcuni distretti vascolari, contrattilità di alcuni organi parenchimali, passaggio degli eritrociti attraverso vasi e capillari in tessuti sottoposti a pressioni varie, l'attrito tra eritrocita ed eritrocita, tra globuli rossi e pareti vasali, traumatismi vari) che a lungo andare non possono certo non provocare azioni litiche sulla cuticola proteo-lipoidea limitante la massa emoglobinica, cuticola talora di già minorata nelle sue resistenze per i normali processi di involuzione biologica; e fattori fisico-chimici, fermenti litici, secreti da elementi endoteliali e agenti particolarmente in speciali distretti

vascolari di alcuni parenchimi ove un più prolungato contatto tra eritrocita ed elementi endoteliali attivi consentirebbe ai fermenti una maggior presa sugli eritrociti dotati di un particolare stato di debolezza.

Il secondo tempo è funzione delle cellule del S.R.E., che allontanano mediante la fagocitosi dal circolo i frammenti di ombra o schizociti. Esso non ha carattere di specificità, rientrando totalmente nella comune funzione spodofagica, e viene in massima parte effettuato nella milza. Nelle emolisi abnormemente intense viene svolto in maniera evidente da tutti i tessuti ed organi che contengono nella loro compagine elementi del S.R.E. e particolarmente dagli elementi endoteliali dei seni linfatici e dalle cellule del Kupfer, in minima parte dalle cellule endoteliali dei capillari polmonari e da quelle del midollo delle ossa.

C. TOSCANO.

Malattie del sangue e increti.

(A. OSWALD. *Klin. Woch.*, 19, 1934).

L'A. ricorda come le conoscenze delle modificazioni del quadro ematico che accompagnano le alterazioni patologiche della funzionalità degli increti, le loro oscillazioni fisiologiche (gravidanza, mestruazione, pubertà ecc.) e l'introduzione degli ormoni, giustifichino l'interesse destato dallo studio dei rapporti che legano reciprocamente l'attività endocrina e la formula del sangue.

Serie rossa. Nella ipo- e atireosi (dal mixedema al cretinismo endemico) si ha di solito diminuzione dei globuli rossi e del valore emoglobinico; la rigenerazione ematica è lenta, la scarsezza di ossigeno e l'arsenico perdono il loro potere stimolante. È probabile che la deficienza dell'attività stimolatrice generale della tiroide si risenta anche nel midollo delle ossa.

Nelle ipertireosi si ha invece un aumento dei globuli rossi e dell'emoglobina, mentre l'aumento dei reticolociti dimostra l'accresciuta attività del midollo; analoghi risultati si hanno somministrando preparati tiroidei.

Le paratiroidi non hanno invece alcun rapporto; la poliglobulia che accompagna gli attacchi di tetania è legata alla contrazione splenica e al difetto di distribuzione delle emazie in circolo. Anche la somministrazione del Parathormone di Collip non modifica in alcun modo il quadro del sangue.

Gli stati ipogenitali (dalla distrofia adiposogenitale all'infantilismo) determinano una diminuzione del numero dei globuli rossi, sul tipo dell'anemia ipocromica. Negli animali la somministrazione di estratti ovarici ha dimostrato una netta azione emopoietica, e nella gravidanza e nel periodo premestruale il numero dei globuli rossi aumenta.

La malattia di Addison si accompagna ad un'anemia; ciò si deve alla deficienza di entrambe le sezioni delle capsule, la midollare che per mezzo dell'adrenalina eleva il numero dei globuli rossi (tale aumento essendo legato in parte a modificazioni acute di circolo e splenocostrizione, in parte a vera eccitazione midollare), e la corticale che ha azione analoga, come dimostra la poliglobulia che accompagna gli ipernefromi.

I rapporti dell'epifisi, dell'ipofisi, del timo e delle isole di Langherans con l'ematopoiesi non sono noti.

Della milza si sa che essa agisce come un freno del midollo, e che la sua asportazione è seguita da un aumento di globuli rossi con segni di giovinezza e d'immaturità.

Serie bianca. Nella ipo- e atireosi v'è di solito leuco- e neutropenia; le sostanze leucotossiche sono meno efficaci e i leucociti hanno un minor potere di fagocitosi.

Ma anche nelle ipertireosi v'è leucopenia, di solito con linfocitosi.

Le paratoroidi non hanno rapporti con la serie bianca.

Gli stati ipogenitali si accompagnano a neutropenia; nel periodo pre-mestruale e nella gravidanza, il numero dei leucociti aumenta.

Il m. di Addison decorre con leucopenia (mancanza di adrenalina?) e linfocitosi relativa, sia legata allo stato timo-linfatico che accompagna il m. di Addison. L'ipofisi non ha nel sangue spiccata influenza; l'ipertrofia del timo si accompagna a linfocitosi.

L'asportazione della milza provoca una diminuzione dei linfociti con aumento dei neutrofili: si tratta probabilmente di una eccitazione del midollo osseo.

In complesso, l'influenza esercitata delle glandole endocrine nella leucopoiesi non è chiara: probabilmente si tratta di oscillazioni nell'equilibrio tra linfo e mielopoiesi, oscillazioni che forse sono legate a quelle tra valenze acide e basiche del nostro organismo, essendo stato osservato che le deviazioni in senso alcalotico si accompagnano a leucopenie e quelle in senso acidotico a leucocitosi.

A questo punto l'A. osserva che con troppa facilità si parla oggi di « disarmonia endocrina », di « disfunzione », ecc., ed è molto severo nel giudicare questi concetti vaghi, che non è possibile di dimostrare in alcun modo.

Passando poi ad esaminare gli eventuali rapporti tra i principali quadri ematologici e gli increti, egli considera prima la policitemia essenziale; dopo avere brevemente discusso e via via eliminato la tiroide, l'ipofisi, i surreni e l'ovaio, si trattiene in modo speciale sulla milza, la cui ipofunzione cateretica sarebbe da attribuirsi, secondo concetti molto moderni, ad influenze cerebrali: infatti la poliglobulia è stata descritta in molti casi di encefalite epidemica, nelle forme di

rammollimento o cicatrici del Pallidum, nei traumi cranici è probabile quindi che, nella sua interpretazione patologica, occorre tener presente anche questo fattore nervoso.

L'anemia perniciosa è stata messa in rapporto con una iperdisfunzione tiroidea; l'associazione dell'anemia al m. di Basedow è largamente ricordata nella letteratura.

D'altra parte si tratta sempre di una coincidenza relativamente rara; onde, in complesso, è probabile che entrambe le malattie si fondino in una stessa disposizione costituzionale. Infine sono stati anche descritti molti casi di anemia che si accompagnavano non a iper- ma a ipotireosi, onde non è facile stabilire quali siano i reali rapporti tra l'anemia perniciosa e le disfunzioni della tiroide.

Basandosi sulla frequenza delle pigmentazioni, che trassero in inganno lo stesso Biermer, si è attribuito alle capsule surrenali una particolare importanza patogenetica; ma la somiglianza di alcuni sintomi non giustifica questo concetto; e solo si può dire che, forse, l'agente che danneggia il sangue esercita anche un'influenza deleteria sulle capsule surrenali.

Interessante la coincidenza talvolta notata dell'anemia con il diabete mellito; si è anche pensato che l'achilia costituisce il legame tra le due malattie, ma ciò non è dimostrato; più verosimilmente, la causa di codesta coincidenza morbosa è da ricercarsi nel fegato.

Nulla di preciso si conosce circa le influenze endocrine capaci di scatenare una leucemia; in quanto alla clorosi, la cui natura ipoovarica sembrava certa, va notato invece che l'ipoplasia degli organi sessuali non è costante, e che le più tipiche forme di ipogenitalismo decorrono senza clorosi: è quindi verosimile che l'insufficienza ovarica agisca soltanto come elemento determinante su un terreno di predisposizione costituzionale.

In quanto all'ittero emolitico, si ritiene che tanto esso quanto i difetti di sviluppo concomitanti esprimono, in modo diverso, la stessa minor valenza costituzionale: ma ricerche recenti sembrerebbero dimostrare invece che le alterazioni dello sviluppo seguono all'ittero e ne dipendono, giacchè dopo la guarigione (?) da questo colla splenectomia, si sono viste migliorare nettamente anche le turbe dello sviluppo.

V. SERRA.

ORGANI DIGERENTI.

I diverticoli del duodeno.

(F. FERRARA. *La Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze affini*, marzo-aprile 1934).

I diverticoli del duodeno sono molto rari: le statistiche più recenti portano una percentuale del 3-4 % delle necroscopie di infermi gastro-enterici.

Si riscontrano in individui di ambo i sessi specialmente sopra i 40 anni.

Si presentano più frequentemente in corrispondenza della seconda e della prima porzione del duodeno, più rari nella terza e si impiantano in genere sul margine concavo dell'ansa.

In genere il diverticolo è unico, ma possono esisterne anche parecchi contemporaneamente.

La forma è variabile e così pure la grandezza: ve ne sono piccoli come grani di miglio e grandi come una noce e perfino un uovo.

Il contenuto del sacco è costituito dal chimo, di rado dalla bile.

Anatomicamente si distinguono dei veri e falsi: i veri sono una estroflessione totale della parete intestinale, i falsi sono costituiti solamente dalla mucosa e sottomucosa che a guisa di ernia si estroflettono verso l'esterno attraverso i fasci muscolari della parete dell'intestino. Vi sono anche dei casi intermedi.

La mucosa del duodeno diventando mucosa del diverticolo si assottiglia e le ghiandole diminuiscono di numero.

Di recente sono stati descritti i così detti pseudo-diverticoli, consistenti in duplicature o inginocchiature del duodeno simulanti dei diverticoli.

Secondo alcuni i diverticoli del duodeno sarebbero congeniti e questa ipotesi è sostenuta da dati embriologici, anatomici e istologici. Secondo altri AA. i diverticoli sarebbero acquisiti e dovuti ad una labilità particolare della parete del duodeno con l'intervento di un esagerato aumento della pressione endoduodenale (stenosi del duodeno, spesso del duodeno da ulcera). Un altro meccanismo invocato nella formazione dei diverticoli è quello della trazione dall'esterno per aderenze flogistiche o neoplastiche.

Complesso e vario è il quadro della sintomatologia dei diverticoli duodenali: non esiste alcun sintomo costante ed è solo con l'esame radiologico che si giunge alla diagnosi. Talora i diverticoli non causano disturbo alcuno e resterebbero latenti se non fossero rivelati da un esame radiologico fatto per altre ricerche.

In altri casi si hanno quadri clinici corrispondenti a comuni dispepsie o ad ulcera gastrica o duodenale o a malattie del fegato o pancreas: la causa va ricercata o nella replezione distensiva dei diverticoli con compressione sugli organi vicini o nello stabilirsi di una flogosi diverticolare o diverticolite. Qualche volta è il sintoma dolore che domina il quadro: dolore a crisi o continuo, vicino o lontano dal parto, che allevia le sofferenze.

In altri pazienti predomina la gastroectasia con vomiti insistenti e stato cachettico, sì da far pensare ad una stenosi pilorica o duodenale. Assai frequente è la sintomatologia epatica con crisi dolorose a tipo vescicolare, ittero e febbre; più rara quella di affe-

zione pancreatica con dolori, feci scolorate, diarrea, anoressia, vomito, dimagramento progressivo.

Si può anche avere la simulazione di una sindrome appendicolare, con formazione di ascessi peridiverticolari e peritonite.

L'esame fisico di questi malati è a volte affatto negativo, a volte mette in rilievo una dolorabilità diffusa all'epigastrio o circoscritta al punto pilorico colecistico duodenale.

Ma solo l'indagine radiologica può far giungere ad una esatta diagnosi.

Con la somministrazione di un mezzo di contrasto si vede, nel caso di esistenza del diverticolo, un'ombra più o meno rotondeggiante, vicino al duodeno, in genere nella concavità dell'ansa duodenale, unita alla parete del duodeno da un peduncolo di varia lunghezza e larghezza.

Se si riesce ad osservare dei movimenti peristaltici a carico della parete diverticolare, si potrà concludere senz'altro per un diverticolo vero ed escludere che si tratti di una nicchia da ulcera, le cui pareti sono rigide.

La prognosi è buona nel caso di diverticoli duodenali latenti dovuti a malformazione congenita, ma diviene riservata quando si stabiliscono fatti flogistici.

La cura è medica o chirurgica.

Consiste nella semplice sorveglianza nelle forme latenti, osservate casualmente. Se vi sono lievi disturbi si ricorrerà al trattamento dietetico.

Come medicamenti si userà il carbonato di bismuto, il bario, il caolino per modificare la mucosa; la belladonna, l'atropina e la papaverina per evitare fenomeni di spasmo; il solfato di sodio o di magnesio per favorire lo svuotamento del duodeno e quindi del diverticolo.

Se nonostante la cura medica i disturbi persistono o appaiono complicazioni acute o croniche è all'atto operativo che bisogna ricorrere. Questo consiste sempre che è possibile, nella resezione del diverticolo: se però esso è circondato da aderenze o da vasi importanti ci si accontenterà della invaginazione.

L'A. illustra tre casi di diverticoli della seconda porzione del duodeno ed un caso di pseudodiverticolo. e ne discute le caratteristiche cliniche e radiologiche. Riporta numerosi radiogrammi ben riusciti e dimostrativi.

VICENTINI.

Alcune difficoltà della gastrectomia larga e i mezzi per sormontarle.

(S. JUDINÉ. *Presse Méd.*, 1933, n. 102).

L'A. è d'opinione che la resezione gastrica è l'operazione di scelta nelle ulcere gastroduodenali.

L'unica controindicazione è costituita dalle cattive condizioni generali del malato, le difficoltà di esecuzione possono e debbono essere sormontate.

La gastrectomia subtotale per ulcere altosituate nella piccola curvatura può presentare delle difficoltà che l'A. prende in considerazione.

Premesso che l'exeresi interessa sempre tutta la piccola curvatura e lo sfintere pilorico, rimanendo dello stomaco il fondo e parte della grande curvatura e che l'anastomosi da lui preferita è la Pean-Billroth I, l'A. considera tre casi:

1) Esiste un moncone gastrico con un fondo sufficientemente sviluppato. Risparmiata l'apertura per l'anastomosi si esegue un sopraggitto totale dal basso all'alto. Quindi una siero-sierosa a punti staccati facendo mano a mano trazione su di essi in modo da esteriorizzare ciò che resta da peritonealizzare con gli ultimi punti si affonda non soltanto il cardias ma anche l'esofago; ciò che resta facile per l'abbondanza della stoffa del fondo.

2) Il fondo dello stomaco è poco sviluppato. Si esegue il solito sopraggitto totale, le difficoltà compaiono nella peritonealizzazione quando arrivati ad una certa altezza è esaurita tutta la staffa del fondo e resta ancora un buon tratto da peritonealizzare. Giunto a questo punto l'A. passa due fili, uno nella faccia anteriore, l'altro nella faccia posteriore, ciascuno dei quali prende un po' di esofago da ciascun lato e trafigge lo stomaco un po' più in basso dell'ultimo punto siero-sieroso; annodando i fili, il cardias e parte dell'esofago viene in tal modo invaginato nello stomaco, con qualche altro punto si assicura l'impermeabilità della sutura. Ma anche questo è possibile solo se esiste un moncone di esofago addominale.

3) Nè esiste staffa gastrica sufficiente nè l'esofago sporge affatto nell'addome.

Fatto il sopraggitto totale l'A. conserva il filo residuo.

Quindi inizia come negli altri casi la peritonealizzazione dopo aver pulito bene con l'aspiratore l'interno dello stomaco rimasto; arrivato in alto quando i punti minacciano per l'eccessiva trazione di lacerare la parete, passa una pinza nell'apertura inferiore dello stomaco, ne fa uscire l'estremo dall'angolo inferiore del sopraggitto totale e afferrato fra le branche il filo residuo del sopraggitto totale lo stira in basso e verso l'esterno. Tirando bene si riesce ad invaginare ciò che ancora resta da peritonealizzare sotto gli ultimi punti siero-sierosi.

Un solo punto è sufficiente per fissare questa invaginazione.

Con questi espedienti di tecnica l'A. riesce ad estendere l'applicazione della gastrectomia

subtotale e a limitare quella totale che ha una mortalità molto più alta.

La sua esperienza si basa su oltre 1100 resezioni per ulcera gastrica a freddo, perforata, o con gravi emorragie.

B. PAGGI.

Tecnica della resezione di ulcere duodenali profonde.

(BSTEH O. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 175, pag. 114, 1933).

Poichè i risultati della resezione palliativa sec. Finsterer sono cattivi molti chirurgi, nelle ulcere duodenali basse hanno sostituito la G. E. alla resezione per il pericolo che rappresenta l'asportazione dell'ulcera in relazione alla possibilità di lesioni operative delle vie biliari e alla difficoltà di chiudere il moncone duodenale.

Secondo Bsteh, anche nelle ulcere basse si può praticare la resezione evitando i pericoli ricordati nel seguente modo: si comincia con il distaccare dalla parete duodenale anteriore le aderenze con la cistifellea e il legamento epatoduodenale tenendosi a ridosso del duodeno e mobilizzando e divaricando così in alto e posteriormente il leg. epatoduodenale. Solo allora si comincia a mobilizzare il duodeno dal legamento epatoduodenale sezionando l'arteria gastrica destra a ridosso del duodeno; in questa maniera si eviterà la lesione del coledoco. Non bisogna arrivare nella parete posteriore, punto di lesione facile del coledoco, ma mobilizzare solo ampiamente la parete anteriore.

Si incide allora questa sotto l'ulcera, si apre il duodeno e si seziona il duodeno subito a ridosso dell'ulcera lasciandone il fondo nel pancreas. Così viene evitata la lesione del coledoco nè si rende necessaria la legatura dell'arteria gastroduodenale.

La chiusura del moncone duodenale viene ora così eseguita: con punti staccati si fissa al margine posteriore del duodeno la parete anteriore vicino al suo margine libero passando con il punto della sierosa alla mucosa e poi di nuovo dalla mucosa alla sierosa. In questa maniera a contatto del margine posteriore viene a trovarsi la superficie sierosa della parete anteriore. Con altre due serie di punti si fissa ancora la sierosa dalla parte anteriore al fondo dell'ulcera e al margine della zona cicatriziale della capsula pancreatica. Condizione della buona tenuta delle suture è che queste siano fatte senza trazione.

Questa tecnica ha dato all'A. ottimi risultati in 20 casi. Quasi contemporaneamente lo stesso procedimento è stato descritto dal Niessen della Scuola di Sauerbruch.

P. VALDONI.

TOSSICOLOGIA.

Lo stato attuale della terapia del barbiturismo acuto.

(G. CARRIÈRE-C. HURIEZ. *Gazette des Hôpitaux*, 23 maggio 1934).

Gli AA., dopo aver accennato alle odierne cognizioni sul quadro clinico del barbiturismo acuto, dopo aver insistito sugli elementi clinici, sugli esami complementari (formula sanguigna, sindrome urinaria, dosaggio umorale dei barbiturici) che permettono talvolta di prevedere la gravità di un coma barbiturico, hanno voluto studiare sperimentalmente l'anatomia patologica di queste lesioni.

Essi hanno così potuto dimostrare il carattere generale e profondo di esse, con la progressione dei tre stadi d'ipertermia diffusa iniziale e persistente, di sovraccarico grassoso non solamente epatico ma anche di tutti gli endoteli vascolari miocardici e cerebrali ed infine dei focolai infettivi terminali, considerando a parte l'infezione polmonare talvolta precoce.

Ma se le lesioni cerebrali diffuse, consistenti in focolai multipli di emorragia e di disintegrazione nervosa, corrispondono bene all'andamento delle manifestazioni cliniche, e cioè al coma barbiturico, gli AA. hanno potuto dimostrare che una tale intossicazione attacca tutti i parenchimi: così il polmone (focolaio congestizio, edematoso, infettivo) che il cuore e soprattutto lede i grandi emuntori causando una tubulonefrite acuta che va dalla semplice tumefazione degli epiteli alla loro disintegrazione ed alla cilindruria fino alla necrosi insulare, provocando infine una lesione epatica, i cui tre gradi sono la congestione, la degenerazione, l'epatite insulare.

Tali lesioni si riscontrano nell'animale affetto da barbiturismo mortale, malgrado la precoce introduzione di dosi massive di stricnina.

Riprendendo poi sperimentalmente la questione dell'antidotismo barbiturici-stricnina, gli AA. hanno potuto constatare la tolleranza con la quale gli animali avvelenati con barbiturici sopportano la stricnina: ma tale azione non è nè costante nè regolare e anche forti dosi di stricnina non erano capaci di apportare quel risveglio immediato che dovrebbe essere l'espressione pratica della neutralizzazione del veleno. Accanto poi ai successi con la stricnoterapia, gli AA. hanno dovuto anche registrare degli insuccessi malgrado un intervento precoce ed intenso. Essi hanno visto degli animali in cui si verificava il cumulo dei sintomi di intossicazione stricnica e barbiturica.

Lo studio del cuore nel barbiturismo acuto ha permesso agli AA. di valorizzare l'esame elettro diagnostico nel corso dell'intossicazione: tale esame ha rivelato negli animali bar-

biturizzati l'intensità dei disturbi di conduzione: tale intensità può servire come criterio prognostico a seconda della sua gravezza.

Uno studio comparativo dei casi umani di barbiturismo acuto, prima e dopo stricnoterapia, ha messo in evidenza alcuni casi in cui le iniezioni di stricnina avevano trasformato la situazione e portata la guarigione: ma casi più recenti hanno dimostrato l'incostanza e l'irregolarità d'azione della stricnina. Più che pensare ad equazioni fra dosi di tossico e dosi di antidoto da opporre, occorre ricordare soprattutto che la suscettibiltà ai barbiturici ed alla stricnina è straordinariamente variabile secondo i soggetti. È perciò che, nel corso della stricnoterapia, occorre sorvegliare le reazioni proprie a ciascun malato onde evitare il cumulo, non senza pericoli, dei segni di barbiturismo e di tetano stricnico. Lo studio sperimentale fatto dagli AA. dell'azione delle iniezioni di coramina nel barbiturismo, conferma per i suoi risultati brillanti e costanti, le ricerche di Bloch sullo stesso argomento.

Gli AA. poi, partendo da constatazioni cliniche empiriche, hanno studiato l'effetto delle iniezioni endovenose di alcool al 30 %, che ha dato sull'animale risultati costanti e favorevoli e che essi si ripromettono di utilizzare in avvenire sull'uomo.

In sostanza gli AA. credono che la cura del barbiturismo acuto debba oggi servirsi di tutte le recenti acquisizioni ed essere polimorfa, senza dare una preferenza esagerata all'uno od all'altro metodo terapeutico. Le indicazioni sono triple come in ogni intossicazione:

1) Tentare di eliminare la più grande quantità possibile di tossico. *Terapia sottrattiva*:

a) se l'intossicazione è recente, non oltre le 10 ore, provocare l'evacuazione gastrica mediante ipecacuana o un mezzo cmc. di apomorfina. Consigliabile anche il lavaggio gastrico, seguito dalla introduzione di carbone attivato in soluzione acquosa;

b) quando l'intossicazione è meno recente, sondare la vescica e favorire l'eliminazione del tossico per mezzo di iniezioni sottocutanee o intrarettali di siero glucosato;

c) il salasso copioso di 500-600 cc. è utile anche se tardivo;

d) la puntura lombare con reiniezione di liquido albuminoso non è senza pericoli e la sua azione favorevole non è sicura.

2) Evitare gli accidenti circolatori, asfittici... in una parola: *terapia adiuvante*:

a) i malati staranno semiseduti per evitare la congestione polmonare ipostatica;

b) si combatterà l'ipotensione per mezzo di caffeina, adrenalina, siero glucosato ipertonico;

c) l'asfissia, che è frequente, può combattersi con iniezioni sottocutanee di ossigeno, inalazione di anidride carbonica, ecc.

3) *Terapia antidotica*: è certamente la più importante. Finora l'antidoto più usato è la stricnina. Al valore di essa si è già accennato. Tutti sono d'accordo che bisogna battere presto, forte e a lungo. In quanto alla terapia precoce, è regola nota di iniettare stricnina appena si osserva un coma barbiturico. Ma in quanto alle dosi non tutti sono d'accordo: v'è chi dice di incominciare con 3-4 ctgr., v'è chi invece, e giustamente, non va oltre un centigrammo. Va bene che i barbiturizzati mostrano una grande resistenza agli stricnici, ma non è raro il caso che si vedano i segni di cumulo dei due tossici. L'antagonismo barbiturici-stricnina non è così regolare e costante come si credeva agli inizi di questa terapia: quando al trentesimo centigrammo non ha ancora agito, non v'è più speranza di poterlo utilizzare.

È perciò che vale la pena di tentare gli altri metodi, e cioè l'iniezione endovenosa di coramina (fino a 20 cc.) e, per quanto non ancora tentata, quella di alcool al 30 %.

L'esperienza di domani ci rivelerà sicuramente degli insuccessi anche di questi nuovi antidoti, così come noi deploriamo già quelli della stricnina. Ma bisogna pensare che non si tratta di panacee, bensì di terapie di cui le osservazioni ulteriori preciseranno i limiti e le indicazioni. G. LA CAVA.

Intossicazioni da fenolftaleina.

(A. NEWMAN. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 2 sett. 1933).

La fenoftaleina è largamente usata come lassativo e fa parte di molti lassativi nonchè di preparati per dimagrire lanciati nel commercio con nomi di fantasia.

L'A. accenna a 125 di tali prodotti; in Italia, fra gli altri, la fenoftaleina faceva parte di un lassativo smerciato sotto un nome che poteva far credere si trattasse della parte attiva di un notissimo purgante. Essa entra anche nella composizione di gomme da masticare, nella colorazione di conserve e dolci e di dentifrici. Vi sono quindi molte probabilità di ingerire tale droga.

La fenoftaleina può determinare fatti patologici diversi: nefrosi lipodea, nefrite tossica con ematuria persistente, emorragie viscerali, colite ulcerativa. L'A. si occupa specialmente delle eruzioni cutanee di cui, nella sua Clinica, ha osservato 19 casi nello scorso anno; riporta la storia clinica di due, dovuti rispettivamente all'Agarol ed all'Exlax. In quest'ultimo si è anche avuta diarrea sanguinolenta.

Le varie forme osservate sono le seguenti: Macchie pigmentate grigio scure; lesioni con depressione al centro o profondamente infiltrate; orticaria o forme simili; edema palpebrale; ecchimosi congiuntivale; stomatite; placche simili a quelle del cancro sulla lingua;

ulceri della lingua; lesioni simili ai geloni; eruzioni vescicolari ed herpes nasale recidivante; eruzioni bollose e pemfigoidi; eritroderma diffuso squamoso; paronichia e disturbi ungueali; herpes dell'iride del tipo dell'eritema multiforme.

Le lesione cutanea tende a recidivare in sito; tenuto conto di questo fatto e del carattere essudativo della lesione stessa, è da ritenersi che la patogenesi sia da attribuirsi ad una tossicosi capillare.

Sono anche citati casi di morte. Il pericolo è maggiore per i bambini che mangiano volentieri, perchè dolci, i preparati di fenolftaleina.

fil.

Morte improvvisa per avvelenamento da dinitro-fenolo.

(FENN E. POOLE e R. B. HAINING. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 7 aprile 1934).

Gli AA. descrivono un caso di morte improvvisa da dinitrofenolo. Si trattava di una donna venticinquenne, obesa, con dismenorrea, che aveva preso tiroidina per molto tempo senza risultati. Avendo saputo da un'amica infermiera dell'esistenza di una sostanza capace di far dimagrire, il dinitrofenolo, ne comprò 35 capsule da gr. 0,18 l'una. Dopo 3 giorni di cura la paziente disse di non sentirsi bene. Il 4° giorno accusò, mentre lavorava, cefalea, dolore al dorso, senso di debolezza, dispnea, svogliatezza e sudore abbondante, ma non abbandonò il lavoro.

Il 5° giorno non andò al lavoro e attribuì i propri disturbi ad un « raffreddore » incipiente. In quel giorno i genitori videro che prese due pastiglie di dinitrofenolo. Nel pomeriggio ebbe aumento notevole della cefalea, dolori agli arti, e senso di bruciore per tutto il corpo; era arrossata e sudava.

Condotta d'urgenza all'ospedale per consiglio di un medico, che però non sapeva della cura di dinitrofenolo, vi giunse in istato comatoso, senza riflessi iridei nè tendineo-periostei. Si sospettò un'encefalite. Nella notte la paziente morì.

All'autopsia si trovò: ittero, emorragie sottomucose dello stomaco, del duodeno e del digiuno; congestione del fegato.

Le urine prelevate prima di aprire la vescica, erano alcaline, contenevano albumina, non pigmenti biliari e presentavano qualche cilindro granuloso. Il sangue del cadavere aveva 2,5 di creatinina. La cultura del sangue prelevato dopo la morte fu negativa dopo 12 giorni di osservazione.

L'esame microscopico fece riconoscere imponenti lesioni renali, disintegrazione delle cellule epatiche separate una dall'altra da una sostanza fluida, edema degli alveoli polmonari, frammentazione delle fibre muscolari cardiache, iperemia del midollo spinale, del ponte e del bulbo, degenerazione cellulare del ponte a livello dell'8° nervo.

L'esame chimico dei tessuti renale ed epatico diede presenza di dinitrofenolo.

Nello spazio di 5 giorni la paziente aveva preso gr. 2,88 di dinitrofenolo, cioè una dose normale.

Già prima di questo caso di morte ne erano stati descritti due, uno da Massermann e Goldsmith e l'altro da Geiger.

Un quarto caso è descritto nella medesima rivista da U. L. Tainter e D. A. Wood. In questo caso il paziente aveva preso due dosi di dinitrofenolo da gr. 0,30 l'una, secondo le sue dichiarazioni. Però dal numero delle capsule contenute ancora nella scatola che il paziente aveva con sè risulta che egli avrebbe ingerito 9 gr. di dinitrofenolo. Questo paziente si credeva luetico e stava facendo una cura arsenicale. L'autopsia diede: ittero, aderenze pleuriche a sinistra, scarso versamento liquido nel pericardio, edema polmonare modico, cicatrice apicale a destra, modico edema cerebrale, ecchimosi endocardiche, pericardiche e della pia. L'esame istologico del fegato mostrò separazione delle cellule epatiche, frammentazione delle fibre muscolari cardiache, alterazione dei tubuli renali.

L'esame chimico dimostrò presenza di gr. 2,72 di dinitrofenolo nel sangue. Quindi questo paziente aveva preso una dose 17 volte superiore alla dose medicamentosa.

C'è da notare che in questo caso il paziente, laureato in medicina, aveva preso la sostanza allo scopo di provocarsi la febbre per fare una piretoterapia della sifilide di cui si credeva affetto, tanto più che aveva avuto febbre elevata la prima volta che aveva preso il dinitrofenolo. Dopo la morte aveva temperatutra così elevata che il termometro clinico non bastava a registrarla.

R. LUSENA.

Ricerche sperimentali sul benzolismo in gravidanza.

Alterazioni sul genitale femminile nel benzolismo sperimentale.

Dott.ssa GEMMA BARZILAI. *Bollettino della Soc. It. di Biologia sperimentale*, fasc. 7, 1933; Id. id. *Rassegna di ostetricia e ginecologia*, settembre 1933; *Folia Gyn.*, vol. 30. fasc. 6, 1933.

In una serie di ottimi lavori, la dott. Gemma Barzilai, incaricata di medicina sociale nell'Istituto d'Igiene diretto dal prof. Oddo Casagrandi, riferisce i risultati di ricerche sperimentali eseguite per determinare la patogenesi delle emorragie genitali caratteristiche del benzolismo professionale femminile e per dare la necessaria conferma sperimentale alle osservazioni cliniche della minorata resistenza delle gravide agli effetti tossici del benzolo.

Per le esperienze furono usati i topini bian-

chi. Quale ambiente di esperimento fu usata una campana di vetro, ideata e costruita dall'a. e dal chimico dott. Mandruzzato, del Laboratorio del Consiglio dell'Economia di Trieste, e che permette di eseguire le ricerche in modo da uniformare le condizioni dell'ambiente di esperimento il più possibile alle condizioni degli ambienti professionali.

Le ricerche sono suddivise in due serie: una prima serie, in cui gli animali furono esposti a dosi concentrate della miscela aria benzolo corrispondenti a quelle che negli ambienti da lavoro determinano le forme di avvelenamento acuto (35, 43, 52, 61, 70, 79 e 87 mg. benzolo per litro d'aria).

Da questa serie di esperimenti furono messi contemporaneamente sotto campana una femmina gravida, un adulto, un maschio ed una femmina giovani. Dalle osservazioni comparate risulta:

1) le femmine gravide raggiungono più rapidamente degli altri animali la narcosi profonda e si rimettono più lentamente;

2) la diminuita resistenza degli animali gravidi risulta specialmente manifesta negli esperimenti eseguiti alle concentrazioni di 35 e 43 mg. di benzolo per litro d'aria.

Alle dosi concentratissime le differenze individuali di sensibilità tendono a livellarsi. Alla concentrazione inferiore ai 26 mg. i fenomeni nervosi non sono obiettivabili.

In una seconda serie gli animali furono esposti per 30-40 giorni consecutivi a concentrazioni della miscela aria vapori di benzolo, titolati in modo da avvicinarsi il più possibile alle condizioni che negli ambienti professionali determinano le forme di avvelenamento subacuto e subcronico, e precisamente in un primo gruppo di animali furono tenuti giornalmente esposti per 15-18 ore a una miscela contenente 8 mmgr. di benzolo per litro d'aria; in un secondo gruppo per 5-6 ore a una miscela contenente 17 mmgr., in un terzo gruppo per 2-3 ore a una miscela contenente 26 mmgr., in un quarto gruppo, 1 ora a una miscela contenente 35 mmgr.

In questa serie di esperimenti, escluso il gruppo IV, i fenomeni nervosi obiettivabili sono scarsissimi. Risulta invece evidente l'influenza sui caratteri della prole. I nati da topine sottoposte da un mese e più all'esperimento, quindi già intossicate all'inizio della gravidanza, raggiunsero alla nascita il peso minimo di 1/2 grammo e non furono vitali. I topini di peso un po' maggiore, 3/4 di grammo e 1 grammo, nati da topine che avevano avuto una dose di benzolo minore, furono in genere vitali e raggiunsero sviluppo normale, rimanendo però di taglia inferiore agli altri (le tope sotto esperimento appartenevano tutte allo stesso ceppo ed erano state ingravidate dallo stesso maschio). Successe inoltre più volte di trovare le femmine gravide esposte da lungo tempo all'effetto dei vapori di benzolo, di grossezza notevolmente diminuita, allorchè la mattina si toglievano dalla campana, senza che vi fossero tracce di nati (i piccoli prematuri divorati? aborti?).

Dai reperti istologici riportati in dettagliate tabelle, corredate da bellissime microfotografie, risultano presenti nella totalità delle topine esaminate, tipiche e gravi alterazioni vascolari a carico del mesenterio e precisamente: dilatazione vascolare, dilatazione vascolare coesistente ad emorragie subacute e croniche, emorragie subacute e croniche senza coesistente dilatazione vascolare. Le alterazioni non presentano differenze notevoli nei vari gruppi. La milza presenta in tutte le topine alterazioni di grado iniziale consistenti in aumento di tessuto mielogeno, riduzione del tessuto linfatico, in singoli casi emorragie. Il fegato presenta numerose amitosi, degenerazione parenchimatosa di grado lieve, stasi dei capillari. A carico di altri organi, ovaia, cuore, vari tratti di intestino, stomaco, mesenterio e testicoli, non furono mai trovate alterazioni evidenti. I vasi del mesenterio che furono esaminati in parecchi casi, non presentarono mai dilatazioni vascolari nè emorragie analoghe a quelle del mesometrio. Le alterazioni a carico del sangue si limitarono ad un aumento della linfocitosi fisiologica nei murini e a singole alterazioni al limite del patologico a carico dei granulociti e delle piastrine. Gli esami istologici dimostrarono quindi nella crasi sanguigna, milza e fegato, alterazioni corrispondenti a quelle che si osservano nei casi di benzolismo cronico di grado iniziale, nell'utero alterazioni notevoli e tipiche consistenti in dilatazione venosa eccessiva ed emorragie nel mesenterio localizzate all'infuori della muscolatura circolare. Manca dunque, secondo l'A., ogni base per ammettere che le alterazioni emorragiche del genitale siano secondarie alle alterazioni della crasi sanguigna degli organi emopoietici o del fegato, mentre invece le microfotografie delle lesioni genitali dimostrano in modo scolastico che le emorragie devono essere secondarie alla enorme dilatazione dei vasi venosi, dilatazione che non può avere origine diversa che da fatti di paresi vasomotoria e che devono essere avvenute per diapedesin, mancando soluzioni grossolane di continuo che avrebbero potuto determinare delle emorragie per rhexin ed alterazioni degenerative apprezzabili delle pareti venose ed arteriose.

La localizzazione e la patogenesi delle emorragie dimostrata anatomicamente chiarisce anche il fatto che nei pochi casi di benzolismo venuti ad autopsia e in cui fu esaminato il genitale femminile, la sede della emorragia era localizzata nella regione istmica, sede rara di emorragie uterine e giustifica l'errore di diagnosi, in cui emorragie da benzolo furono

confuse con emorragie da placenta previa, con emorragie da aborto criminale, con emorragie da lesioni subcoito.

La chiara dimostrazione anatomica della patogenesi vasomotoria delle emorragie genitali femminili si riflette e contribuisce a chiarire anche la posizione patologica del benzolismo in genere. Dimostrato che la azione vasomotoria, di natura endocrino-neurovegetativa è già rilevante allorchè le alterazioni della crasi sanguigna sono ancora inizialissime e considerato che la linfocitosi è l'alterazione iniziale tipica di tutte le forme morbose a base endocrina, si impone l'ipotesi che la sindrome benzolica debba essere ascritta a questa categoria di affezioni e la si avvicina quindi anche nel meccanismo patogenetico a quelle malattie con cui ha parzialmente comuni i tratti caratteristici delle alterazioni del sistema emopoietico, morbo di Werlhoff. Schoenlein-Henoch, aleucemia emorragica di Frank, di cui si va sempre più accentuando la convinzione che siano determinate da disturbi endocrini.

Considerando infine l'intossicazione benzolica come una sindrome endocrino-neurovegetativa, si chiarisce anche la genesi della minorata resistenza agli effetti tossici del benzolo delle donne giovani, specialmente se gravide, in cui il sistema endocrino-neurovegetativo è in equilibrio labile e spesso alterato da fatti più o meno latenti di tossicosi gravidica.

Le ricerche sono condotte con estrema severità di metodo e corredate da bellissime microfotografie e chiare grafiche e tabelle. I risultati notevoli non potranno passare inosservati e giungono molto opportuni in questo momento in cui ogni dato che arricchisca le nostre cognizioni sulla sintomatologia e patogenesi del benzolismo assume importanza anche dal lato sociale assicurativo, dato che il benzolo rientra nel gruppo dei veleni i cui danni, come quelli da mercurio, piombo, solfuro di carbonio, fosforo, si riversano sulla stirpe, danni contro cui con illuminata saggezza il Regime col R. D. 13 maggio 1929, entrato in vigore nel gennaio u. s., che impone l'assicurazione obbligatoria degli operai esposti agli effetti dei suddetti veleni. A. P.

DIVAGAZIONI

L'olivo e l'olio in medicina.

L'olivo è una delle piante più care all'uomo: è il simbolo della pace, della pace con la divinità, con le forze devastatrici della natura, dell'uomo con l'uomo.

Per la religione pagana Minerva lo fece nascere in Atene per donarlo agli uomini come segno della sua benevolenza, e la corona di olivo ed un'ampolla di olio venivano donati ai vincitori dei giuochi paneatici, sacri alla dea del sapere.

Secondo la Bibbia, Ieovah fece portare nell'arca di Noè da una colomba un ramoscello di ulivo, come segno della cessazione del terribile diluvio.

E la religione di Cristo ha conservato all'olivo questo significato accentuandone la dolcezza e la grazia. La sacra festa delle palme per i popoli civilizzati è piena di lusinghe: induce a sperare se non a credere nella pace.

La poesia naturalmente ha adottato l'olivo come immagine di pace.

Dante scrive:

E come messagger che porta olivo,
Tragge la gente per udir novelle.

Virgilio fa portare un ramo d'olivo ad Enea, quando questi si presenta ad Evandro per chiedere aiuto.

Oltre che di pace l'olivo è simbolo di longevità, in relazione al fatto che esso può vivere settecento anni.

Ma a parte queste preziosità allegoriche, che purtroppo rappresentano per la povera umanità una tormentosa aspirazione o un'utopia, l'olivo ha una virtù più positiva: dare l'olio, una sostanza di gran pregio alimentare e terapeutico; fornire un magnifico legname duro, pesante, resistente, di bello aspetto.

C. Bizzarrini (*Echi e Commenti*, 5 maggio 1934) dopo avere accennata all'importanza dell'olivicoltura, considera l'olio di olivo dal punto di vista terapeutico.

Fin dai tempi antichissimi l'olio era considerato sommo balsamo per le ferite e portentoso medicamento in molte malattie. Era stato dato all'uomo da Dio « ut corpus eo niteat ac vires concipiat ». Si riteneva che, per mezzo delle unzioni, potesse penetrare profondamente nell'organismo e giungere fino alle ossa. Si precorreva così di secoli il metodo di Steyskal e Latzal di Vienna, che praticarono l'oleonutrizione percutanea, ossia la introduzione dell'olio di oliva attraverso la pelle fino ad un quarto di litro al giorno mediante frizioni ripetute. Tale metodo fu preconizzato per l'alimentazione dei malati che non possono o non debbono nutrirsi per la via orale.

Moadh, figlio di Habel, passando vicino ad un albero di olivo ne staccò un ramicello e-

con questo si fregò i denti. Richiesto del perchè di quell'atto Moadh rispose che aveva udito da Maometto che l'olivo è un buon dentrificio perchè conferisce odore gradevole all'alito e toglie la putredine dai denti.

Tachenio, vissuto nel secolo XVII, parla delle virtù terapeutiche dell'olio, e sopra tutto dell'azione benefica dell'olio vecchio sulle ferite e sui dolori reumatici.

Nel XVIII secolo si prescriveva l'olio d'oliva, oltre la china e la quassia, nella cura delle febbri. Su l'argomento scriveva favorevolmente il Panzani, pur trovando contrario il Murray. Nello stesso secolo si attribuiva all'olio d'oliva la virtù di guarire dal morso dei serpenti velenosi.

Si usò l'olio d'oliva, unito al carbone, anche contro l'avvelenamento da funghi, e un grazioso libretto in lode delle frutta, dovuto al dott. Masoni e pubblicato non più di venti anni or sono, ne raccomanda la cognizione per il caso che non possa essere sollecito il soccorso del medico.

Attraverso il tempo, i progressi dell'arte di curare e il rapido succedersi di medicamenti nuovi, l'*olio d'oliva* non ha perduto considerazione nel campo farmacologico. L'olio d'oliva si impiega quale colagogo e nella litiasi biliare; si adopra quale lassativo nella stipsi abituale e quale emoliente e protettivo negli stati infiammatori dell'intestino e negli avvelenamenti per caustici e per corrosivi; si usa, per frizioni ed unzioni, in varie dermatiti ecc. ecc. In Germania, ed anche tra noi, ebbe larga applicazione l'iniezione intramuscolare di grandi quantità di olio d'oliva sterile (20-30, fino a 50 c.c. *pro die*, eventualmente con tenue aggiunta di canfora) in sostituzione od a completamento dell'alterata od insufficiente nutrizione gastrica, nonchè in diverse cachessie ed oligoemie gravi. Oggi la pratica è meno estesa perchè dubbia è risultata l'utilizzazione dell'olio, in quella maniera somministrato. Non è però inutile tentarla nei casi ricordati: a dosi minori (2-5-10 c.c.) può recar vantaggio negli stati di grave esaurimento nervoso. Nelle coliche epatiche giova l'emulsione fatta con 150-400 gr. di olio d'olivo, 15 grammi di cognac, 2 gialli d'uovo e mezzo grammo di mentolo: si prende al mattino, in due volte, a un quarto d'ora d'intervallo. Sono note le applicazioni dell'*olio canforato*: le iniezioni ipodermiche di olio canforato riescono efficaci eccitanti e sostengono le forze del cuore in casi di asistolia, di sincope, di lipotimia. Se una parte di polvere di cantaride si fa digerire da nove parti d'olio d'oliva, si ottiene l'*olio cantaridato*, il quale è un « rubefacente », cioè uno di quei rimedi che, applicati sulla pelle, vi determinano un arrossamento da iperemia, cioè da aumento di afflusso sanguigno. Infine accenneremo all'*olio acustico* (da Hager), fatto di olio d'oliva, olio canforato, essenza di cajeput, essenza di sassofrasso ed etere: da cinque a dieci gocce si versano sopra un batuffolo di cotone da introdurre nel meato auricolare.

Foglie e corteccia d'olivo servono a preparare un estratto idroalcoolico, indicato come febbrifugo.

Le benemerenze terapeutiche dell'olio di oliva sono certamente superate da quelle alimentari. Esso ha senza dubbio il posto d'onore quale componente grasso dell'alimentazione umana.

Gli italiani hanno maggior ragione di onorare l'olivo perchè nelle nostre terre esso prospera rigoglioso, ed è una sicura fonte di ricchezza.

L'Italia vanta il primato nella produzione dello squisito olio di oliva. Nel 1931 l'Europa produsse 3620 migliaia di quintali di olio di oliva, e di questi ben 1250 furono dati dalla nostra penisola. Tale produzione è andata successivamente aumentando e deve ancora più aumentare per mantenere alta la fama dell'olio nostro, che ha grande reputazione in tutto il mondo. *argo.*

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Le iniezioni endoossee.

A. Josefson (*Acta medica scandinava*, volume LXXXI, fasc. V-VI, 1934) riferisce di avere per la prima volta praticata la puntura dello sterno a scopi diagnostici nel 1930 e di avere in seguito usato tale via per la iniezione nella cavità mieloide di preparati di fegato per la cura dell'anemia perniciosa.

Una delle principali precauzioni da prendere è quella di non continuare la trapanazione una volta arrivati alla tavola ventrale dello sterno; a tale scopo, l'A. ha fatto apporre sul trequarti un anello che serve appunto per arrestare la penetrazione. Non pratica incisione di sorta e perfora la tavola esterna dello sterno sotto anestesia locale. Dopo di che aspira 4 cmc. di sangue-midollo ed in seguito inietta 4 cmc. di un preparato iniettabile di fegato, corrispondenti all'effetto di 1000 grammi di sangue.

In qualche caso l'iniezione è seguita da una sensazione di lieve tensione ed altre volte da cefalea che dura pochi minuti e che talvolta è molto forte ed accompagnata da vomiti. Tutti questi sintomi scompaiono in pochi minuti; l'A. non ne ha osservato altri; non febbre, non sanguinamento. L'operazione dura in tutto un paio di minuti.

Il liquido estratto con la siringa è costituito essenzialmente da midollo, ma ad esso è indubbiamente commisto del sangue. Per tale ragione, l'A. non crede che sia possibile il giudicare lo stato del midollo osseo con la sola enumerazione delle varie specie di cellule che vi si trovano e che vanno confrontate con

quelle del sangue periferico. Anche poco significativo è il confronto fra gli strisci del midollo prelevati dallo stesso paziente in giorni diversi, poichè è impossibile il conoscere quanta parte del liquido estratto sia midollo osseo e quanta invece sangue. Ad ogni modo, che il rimedio iniettato arrivi nel midollo, è sicuro.

Le iniezioni fatte finora assommano a 50, senza nessuna complicazione seria. In qualche caso, i malati hanno avvertito un sapore di fenolo, che si avverte talora anche con l'iniezione dello stesso preparato per via endovenosa; si tratterebbe, quindi, di un fatto di natura allergica.

L'A. non riesce a spiegarsi la cefalea, talora seguita da vomito. Egli pensa che possa attribuirsi ad aumento di pressione endocranica; in un caso, di fatto, egli potè osservare, mediante la puntura lombare, che la pressione del liquor aumenta; ma proprio in tal caso, mancò la cefalea.

È molto importante l'evitare l'iniezione di aria con il liquido. Per ciò che riguarda la quantità di questo, l'A. ha scelto arbitrariamente quella di 4 cmc., che ha poi aumentato a 5. Egli ha fatto anche delle iniezioni nella tibia (12 cmc.) in un caso che poi venne, per altre ragioni, a morte.

Tale via d'introduzione del medicamento è stata scelta dall'A., con l'idea di arrivare a stimolare direttamente il midollo osseo e di evitare l'ingestione di grandi quantità di fegato, che è disgustosa per il paziente, senza contare che, col passaggio per lo stomaco, è impossibile il dire quale sia realmente la quantità di fegato che viene utilizzata. Troppo spesso, del resto, i pazienti si stancano di ingerire il fegato ed interrompono la cura.

Nella maggior parte dei casi, l'A. ha ottenuto dei veri successi. Talvolta è bastata una sola iniezione, in altri casi, è stata ripetuta 1-3 volte a lunghi intervalli (1-2 mesi). In quasi tutti i casi, l'aumento nel numero delle emazie è un segno del rapido ed intenso stimolo che si ottiene con tale metodo; la risposta reticolocitica varia ed in certi casi è stata notevole.

In qualche caso disperato, è stato veramente meraviglioso il rapido miglioramento e la grande risposta reticolocitica. Nè è a dire che il metodo usato dall'A. colpisse proprio il momento in cui la malattia stava per regredire; in un caso, p. es., l'A. attese una quindicina di giorni prima di iniziare il trattamento e vide che le condizioni del sangue andavano peggiorando.

I casi pubblicati dall'A. sono 15, tutti curati soltanto con le iniezioni endoossee; in qualche caso, per le condizioni del paziente, si aggiunse la trasfusione. Un solo morto, una donna di 70 anni (il caso sopra citato di iniezione nella tibia) che già aveva all'ingresso in ospedale anasarca e decubito ed in cui l'autopsia dimostrò le note dell'anemia perniciosa, oltre alla linfadenite settica universale e tubercolosi acuta delle ghiandole mediastiniche.

In un caso, con 430.000 emazie e 17 % di Hb., si avevano, dopo 6 settimane (3 iniezioni) 3.800.000 emazie e 48 % di Hb.; si trattava di una donna di 70 anni, trattata contemporaneamente con myosalvarsan e bismuto perchè sifilitica.

In vari altri casi, si ebbero effetti analoghi.

Per gli stessi scopi e pure con buoni risultati sono state usate le iniezioni endovenose di preparati di fegato. Il giudizio sui varî preparati e sui varî metodi è sempre difficile soprattutto per il diverso valore dei preparati stessi, anche perchè i fegati dei varî animali possono fornire estratti biologicamente differenti.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Prof. L. MAGGIORE. *Segni, Sintomi e Sindromi oculari nella diagnostica medica generale.* Casa Editrice L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 52.

Il libro che il prof. Maggiore ha elaborato con tanta accuratezza merita una speciale considerazione.

È un genere nuovo nella letteratura medica italiana, che consente una rapida consultazione, un pronto orientamento diagnostico.

Questa forma di trattazione è la sola che possa mettere in evidenza il valore delle interferenze tra le singole specialità e la medicina generale, dal lato patologico come da quello semeiologico, dal lato dottrinario come da quello pratico.

Nessuno può negare che la divisione dello studio, la specializzazione della pratica abbia reso enormi vantaggi alla medicina. Ma non è men vero che qualche danno ha arrecato: gli specialisti tendono ad occuparsi troppo esclusivamente della loro branca ipervalorizzandola, i medici generici non si interessano sufficientemente di ciò che riguarda le singole specialità.

Sta di fatto che le specialità avulse dal tronco della medicina generale non possono rigogliosamente germogliare, e che gli specialisti non possono convenientemente diagnosticare e curare se non hanno una vasta e profonda conoscenza degli altri campi della patologia.

Reciprocamente il clinico generale per assolvere con profitto il suo compito deve sapere molto delle singole specialità.

Ciò vale sopratutto per l'oculistica.

Non si può essere buon oculista se non si conosce profondamente la medicina generale,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

non si può essere buon medico generico se non si hanno sufficienti nozioni della patologia oculare.

Le correlazioni tra l'apparato visivo con tutto l'organismo ed i singoli organi e sistemi sono molteplici. L'occhio è il più sensibile, il più espressivo indice non solo degli stati d'animo ma di tutte le modificazioni somatiche: è spesso la spia della malattia.

Un buon esame oculare può non di rado risolvere gravi difficoltà diagnostiche.

Molte sono le malattie costituzionali, le affezioni del sistema nervoso e dei singoli organi della vita vegetativa che sono accompagnati da alterazioni dell'occhio e dei suoi annessi e da disordini della visione. Reciprocamente molte sono le affezioni oculari che ripetono la loro origine da cause generali o di altri organi.

Il prof. Maggiore ne ha fatta una classificazione ben sistematizzata e con una chiarezza, con una precisione che attesta, oltre la sua particolare competenza in oculistica, le sue sicure conoscenze nel vasto campo della medicina generale.

Il prof. N. Pende, nella prefazione, definisce questo libro « nuovo, vivificatore, svecchiatore ». Tale è in effetti per l'originalità della struttura, per l'apporto di ordine e di chiarezza in nozioni che per molti sono imprecise e non adeguatamente apprezzate.

È un libro che costituisce una guida sicura, indispensabile per il medico pratico.

CESARE FRUGONI

H. LENHARTZ e E. MEYER. *Mikroskopie und Chemie am Krankenbett.* 11ª edizione a cura di A. v. DOMARUS e R. SEYDERLHELM. Vol. di pagg. 370, con 180 figg. e 2 tavole. Springer, Berlino, 1934. RM. 18,60; leg. RM. 19,80.

La 11ª edizione del manuale di Lenhartz e Meyer, si presenta aggiornata rispetto alle precedenti in tutti i suoi capitoli e specialmente arricchita nei riguardi dei micrometodi che così larga diffusione hanno avuto nell'ultimo decennio. Il manuale viene a formare così una raccolta vasta e completa della metodica corrente — e spesso anche della più fine — che può occorrere nell'indagine del malato. La trattazione comprende la parte microbiologica, l'esame chimico e morfologico del sangue, l'esame dell'espettorato, del succo gastrico e duodenale e delle feci, l'esame delle urine, dei concrementi e dei liquidi di puntura. Quasi tutti i capitoli sono seguiti da un breve riassunto che espone sinteticamente i reperti relativi nelle varie malattie. La trattazione è assai accurata per le diverse tecniche e riguarda anche molte delle più usuali indagini funzionali. L'edizione è ottima e arricchita di numerosissime e assai utili figure, in massima parte a colori, che assai contribuiscono a valorizzare il pregevole manuale.

PUDDU.

M. LANGERON. *Précis de microscopie.* V edizione. Un vol. in-16°, di 1205 pag., con 355 fig. Masson et C.ie, Paris, 1934. Prezzo 100 fr.

Il titolo di questo manuale veramente prezioso per lo studioso di laboratorio non indica forse completamente la vasta materia trattata, di cui diamo l'indicazione per sommi capi. Il microscopio e gli accessori (ivi compresi gli apparecchi per disegno, l'uso della luce polarizzata, l'illuminazione a fondo nero, ecc.). I metodi generali di tecnica: esame a fresco, con fissazione, inclusione e colorazioni diverse, misura del pH, ecc. I metodi speciali per lo studio dei protozoi, vermi, artropodi, liquidi organici; la tecnica istologica e citologica e quella microscopica medico-legale, la tecnica batteriologica, micologica ed istologica vegetale.

Già per sè stessa questa sommaria enumerazione indica la vastità della materia trattata e gli svariati campi per cui può essere utile il libro. Consultandolo e leggendolo, poi, ci si persuade della grande praticità di esso, dovuta essenzialmente al fatto che essa non è un'opera di compilazione, ma ogni riga, si può dire, appare frutto dell'esperienza personale, che segnala i possibili inconvenienti dei metodi, le cause di errore ed il modo di porvi riparo e di evitarli.

In questa V edizione, sono stati poi aggiunti vari capitoli, che mettono al corrente lo studioso dei più moderni metodi di ricerca; i micromanipolatori, gli apparecchi per esame a luce riflessa, la microfotografia con raggi infrarossi, i metodi d'impregnazione metallica, la microchimica, ecc.

Il libro riunisce così una grande quantità di nozioni che si trovano generalmente sparse in trattati diversi ed è realmente indispensabile per chi si occupa di ricerche di laboratorio.

fil.

K. LANDSTEINER. *Die Spezifizität der serologischen Reaktionen.* Vol. in-8°, di 123 pagg. J. Springer ed. Berlin, 1933. Prezzo RM. 8,80, rileg. 9,80.

La specificità delle reazioni sierologiche costituisce una questione del più alto interesse scientifico, prospettando degli intricati problemi ben più complessi di quanti un tempo si riteneva. L'A., col sussidio di una vasta letteratura, affronta il problema ponendosi specialmente dal punto di vista chimico e limitando la sua trattazione ad una scelta limitata di sostanze che possono offrire un più sicuro orientamento.

Dopo un capitolo generale sulla specificità sierologica delle proteine, importante anche

dal punto di vista delle applicazioni pratiche, l'A. si occupa della specificità degli antigeni e degli anticorpi cellulari, indagando le differenze di specie, quelle di cellule di individui della stessa specie, la struttura dell'antigene cellulare.

Ma le reazioni sierologiche possono ottenersi anche con degli antigeni, sia pure complessi, artificiali e con delle sostanze chimiche semplici; tale questione è studiata in un altro capitolo. Da ultimo troviamo l'esposizione delle ricerche chimiche sulle sostanze cellulari specifiche, gli idrati di carbonio, i lipoidi.

Evidentemente, si tratta di problemi troppo complessi perchè si possa sperare di trovare per ora una parola conclusiva. Il buon lavoro dell'A., dell'Istituto Rockefeller di New York, rappresenta una buona e sintetica messa al punto delle relative questioni. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 6 aprile 1934 - XII.

Presidente: Prof. V. TIRELLI.

Denatalità.

Prof. RONDELLI. — L'O. espone l'estensione geografica del fenomeno sociale della limitazione delle nascite e quindi l'evoluzione storica di esso. Ha ben sottolineato le paurose conseguenze sociali future e il sicuro decadimento dei popoli sterili ed infecondi. Passando alla disamina delle cause ha posto nella giusta luce l'importanza del celibato e del matrimonio tardivo come causa di bassa natalità. Le cause generali di sterilità maschile e femminile, cause endocrine e fisiche e alimentari sono state discusse e vagliate.

L'O. analizza i fattori psicologici e sociali della limitazione delle nascite caratterizzandoli dal lato maschile in una deviazione ed attenuazione dell'istituto sessuale, e dal lato femminile in una involuzione sessuale con progressivo mascolinismo. Depreca perciò quella educazione moderna che attenua gli istinti naturali ed accentua i caratteri infecondi dei due sessi.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 12 gennaio 1934.

Caratteri e significato delle correnti d'azione dell'uretere umano.

Prof. A. CHIATELLINO e Dott. G. RAVASINI. — Gli OO. espongono un metodo di registrazione delle correnti d'azione dell'uretere umano, mediante il quale si possono ottenere utili dati per chiarire molteplici punti oscuri e controversi della fisiopatologia dell'uretere umano.

Per rendere l'azione dell'insulina meno brusca e più regolare e protratta.

Prof. G. DOLFINI e Dott. M. DEGANELLO. — Mediante l'addizione di gelatina, l'azione ipoglicemizzante dell'insulina iniettata sotto cute nel coniglio diventa meno brusca e insieme più protratta. La gelatina va aggiunta estemporaneamente, perchè il contatto prolungato sembra comprometta l'attività dell'insulina. I risultati di queste prime ricerche legittimano la speranza di rendere l'insulinoterapia più maneggevole ed efficace.

Dott. G. PROTTI. — *Effetti citolitici a distanza.* — L'O. descrive un piccolo apparecchio mediante il quale si possono eseguire esperienze sulla citofotolisi.

Dott. E. RUBALTELLI. — *Corpo estraneo nella seconda diramazione bronchiale sinistra.* — Rapida estrazione mediante broncoscopia superiore alla Brünings.

Rapporti fra la cronologia dei fenomeni morfogenetici ed il ritmo funzionale endocrino.

Prof. G. SCHREIBER. — L'O. in base a varie ricerche sull'azione quantitativa degli ormoni morfogenetici, mostra i rapporti che legano il ritmo incrementale della funzionalità tiroidea con l'ordine cronologico dei varii episodi della metamorfosi degli anfibi, ed interpreta su questa base le cause delle disarmonie di sviluppo osservate negli Anuri metamorfosati precocemente con forte somministrazione di tiroide.

Seduta del 9 febbraio 1934.

Ricerche sui principi attivi della segale cornuta.

Prof. E. TRABUCCHI. — *Metodi di dosaggio chimico e biologico.* — L'O. fa una breve rivista critica dei metodi chimici e biologici usati per il dosaggio degli alcaloidi nei preparati di segale cornuta e si sofferma sopratutto su di un particolare metodo colorimetrico che permette un'analisi quantitativa semplice ed esatta.

Commentando una sclerosi a placche subacuta guarita con metodo dell'A.

Prof. G. BOSCHI. — La cura preconizzata dall'O. consiste nella provocazione ripetuta di meningiti asettiche mediante iniezione endorachidea di acqua bidistillata praticata anche allo scopo di influenzare opportunamente la barriera emato-encefalica; e insieme nella somministrazione per via orale del sangue dell'ammalato a diluizioni elevatissime.

Prof. G. ZANIBONI. — *Un caso di litiasi renale nell'infanzia.*

Prof. G. ZANIBONI. — *Grave deformazione toracica consecutiva ad emotorace calcificato.*

Potere battericida normale del sangue e fasi S ed R del b. Tiphi.

Prof. G. GRONCHI e Dott. A. COSTANTINI. — Gli OO. hanno provato minore resistenza all'azione battericida del sangue normale di coniglio dei ceppi R in confronto dei ceppi S del bacterium Tiphi; vi è differenza fra i due ceppi R che poterono essere studiati e inoltre esistono differenze da coniglio a coniglio nel grado del potere battericida e se un sangue è più attivo sulle fasi S lo è anche e maggiormente sulle fasi R.

Il Segretario: Dott. CERUTI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 22 maggio 1934.

Presidenza: Prof. C. RIGHETTI.

Sul volvolo del cieco.

G. CECCARELLI. — Illustra 4 casi di volvolo del cieco e più propriamente del segmento ileo-cecale. In due casi il volvolo era incompleto (180°) negli altri due era completo con torsione di 360° ed uno di questi ultimi era complicato con un diverticolo di Meckel.

Nelle due osservazioni di volvolo incompleto si intervenne con diagnosi di appendicite e l'intervento consistette in detorsione del tratto intestinale e appendicectomia. Nei due casi di volvolo completo la diagnosi fu di occlusione e si eseguì in un caso resezione del segmento gangrenato e l'ammalato morì e nell'altro detorsione del volvolo con guarigione.

L'O. trae argomento per considerazioni relative allo stato anatomico, patogenesi e clinica dell'affezione che nella nostra letteratura ha trovato finora scarsa trattazione.

Discussione: Prof. TRAVAGLINI.

I gruppi sanguigni in oftalmologia.

G. POSSENTI. — Accenna agli studi fatti sul comportamento dei G. S. in rapporto alle varie malattie e passa a ricordare i contributi dati all'argomento dagli Oculisti. L'O. ha preso in considerazione due malattie oculari a carattere costituzionale, il tracoma e la miopia, determinando i G. S. non solo nel malato, ma anche nei consanguinei. Non ha notato differenza di gruppo fra soggetto ammalato e soggetto sano specie per il tracoma, mentre per la miopia avrebbe osservato questo diverso comportamento. L'O. conclude che se non è possibile stabilire un netto rapporto fra G. S. e malattie da lui prese in esame, l'analisi dei suoi studi e di quelli degli altri AA., fa pensare che i tracomatosi appartengono in maggioranza al 1° e 2° gr.; lo stesso fatto si può osservare per i miopi.

Immunoterapia nelle dacriocistiti e nelle forme ulcerative dell'occhio con particolare riguardo all'autovaccino.

G. POSSENTI. — L'O., soffermatosi sui diversi mezzi immunoterapici di cui si sono serviti gli oculisti per le oftalmopatie, specie per quelle a carattere suppurativo, ricorda l'uso dell'autovaccinoterapia di cui si è servito egli stesso per la cura delle ulceri corneali, cherato-ipopion, blefariti, orzaioli e dacriocistiti. Buon successo di guarigione ha conseguito per le prime espressioni patologiche; per le malattie del sacco ha constatato guarigione solo in quelle datanti da epoca recente ed in cui l'ectasia del sacco e il processo flogistico pericistico non erano molto accentuati.

Ulteriore contributo allo studio del morbo di Schlatter-Osgood.

V. MASELLI. — Riferisce su due pazienti presentanti lesioni inveterate della tuberosità tibiale di natura traumatica.

La cura consistette per uno dei casi nell'asportazione sottoperiostea dell'apofisi tibiale seguita da innesto libero di stecca ossea prelevata dalla diafisi tibiale dello stesso lato (metodo di elezione). L'altro soggetto (una ragazza di 15 anni) rifiutò l'atto operativo e fu curato col solo riposo senza però alcun beneficio.

Il reperto isto-patologico del primo caso consistette in una trasformazione fibrosa delle cellule cartilaginee e di quelle ossee, confermerebbe la natura traumatica dell'affezione secondo il classico concetto di Schlatter-Osgood.

Discussione: Prof. FRANCO.

Di un altro caso di tumore del glomo carotideo.

C. TRINCHERA. — L'O. descrive un altro caso di tumore del glomo carotideo, di cui ebbe occasione di illustrare una prima osservazione, in uomo di 65 a. operato con resezione di tutti gli elementi del fascio vascolo-nervoso del collo e guarito. Dopo un breve commento sulla isto-patogenesi l'O. si sofferma sulla terapia chirurgica di questi tumori che, nell'evenienza di ledere i vasi carotidei ed il vago, non comporterebbe pericoli assai gravi (Cece), e quando per rapporti saldi ed estesi contratti dal tumore con tali elementi è a presumere esista già riduzione anatomica e funzionale di questi.

La sede della fecondazione e della nidazione dell'uovo umano in taluni casi di virgo intacta gravida.

F. D'ERCHIA. — L'O. con osservazioni cliniche, embriologiche e fisiologiche dimostra che in taluni casi di donne vergini gravide frigide, o con mariti affetti da impotenza coeundi, può effettuarsi la fecondazione e la nidazione primitiva dell'uovo nelle zone basse della cavità uterina.

Discussione: Dott. SANNICANDRO.

A proposito di reinterventi renali.

V. TRAVAGLINI. — L'O. illustra tre osservazioni cliniche di chirurgia urinaria nelle quali, a distanza varia di tempo dall'intervento sul rene (nefropessi per rene mobile in un caso, nefrotomia associata a nefropessi per litiasi renale negli altri due casi), si rese necessaria una nefrectomia per emorragia grave nel caso di nefropessi ed in uno dei due nefrotomizzati; una nefrectomia d'elezione per ripetersi di coliche ed aggravarsi di pielectasia precedente al primo intervento nell'altro caso.

L'O. prende lo spunto per discutere la patogenesi delle complicanze del primo intervento, riportandosi alla questione degli esiti e degli effetti delle suture renali e traendo considerazioni conclusive sui metodi conservativi renali in genere, sulla nefropessi e nefrotomia in particolare. Accenna infine ai reinterventi in casi di neoplasia del rene e porta il contributo di un caso.

Discussione: Proff. CECCARELLI e RIGHETTI.

Il Segretario: M. RONZINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La prognosi della glicosuria asintomatica.

P. J. Cammidge (*British Med. Journ.*, 30 dic. 1933) ha fatto uno studio su 1200 casi, di cui 780 appartenevano al diabete classico ed in 420 la glicosuria era stata scoperta accidentalmente. Fra questi, l'eliminazione del glucosio aveva avuto luogo una sola volta in 69, intermittentemente in 248 ed in modo persistente in 103. La curva della glicemia dopo il pasto di prova al glucosio era normale o subnormale in 172 ed iperglicemica negli altri 248. In alcuni la glicosuria era moderata (sotto i 20 grammi nelle 24 ore), in altri forte (oltre i 20 grammi).

In linea generale, la glicosuria asintomatica comporta una prognosi buona. La maggior parte dei pazienti vive a lungo dopo l'inizio della glicosuria: in qualche caso, è necessaria la limitazione della dieta, in altri anche l'insulina.

La morte è generalmente dovuta a qualche malattia intercorrente; in qualche caso, però, le complicazioni, come l'infezione settica, la gravidanza, le operazioni chirurgiche possono aumentare il disturbo metabolico e portare all'esito fatale.

Nei pazienti con storia recessiva (familiare) di diabete, si sviluppa più facilmente la glicosuria grave (con necessità di usare l'insulina) che non in quelli con storia familiare dominante (diretta), che appartengono al tipo più comune.

I dati riferiti dall'A. sono importanti perchè attualmente, con la maggior frequenza delle analisi di urina, la glicosuria si scopre in un numero non piccolo di casi. Si tratta spesso di un inconveniente a cui si pone facilmente rimedio, ma che in pazienti apprensivi, può determinare dei timori eccessivi ed ingiustificati. Uno dei pazienti dell'A. si suicidò una settimana dopo la scoperta della glicosuria.

fil.

Sul significato della glicosuria alimentare per la diagnosi precoce del diabete mellito.

Grote (*Mediz. Welt.*, 20, 1934) ricorda l'utilità pratica delle prove di « carico zuccherino » per il giudizio della funzione pancreatica.

Nel normale non v'è aggiunta di zucchero che sia capace di provocare la glicosuria: ma questa barriera varia da soggetto a soggetto, probabilmente in rapporto con fattori ereditarii.

Secondo l'A. si può parlare dell'esistenza di un equilibrio tra tendenza diabetica e antidiabetica; la glicosuria alimentare, il *diabetes innocens*, certe forme di glicosuria renale debbono interpretarsi come espressione di una non completa prevalenza della disposizione antidiabetica sulla diabetica; e costituiscono altrettante forme di « diabete potenziale ».

La glicosuria si trova pertanto nettamente al di fuori dei limiti della norma, pur restando nell'ambito della salute.

Le prove funzionali a cui il Grote dà più importanza, sono: la somministrazione di zucchero (100 gr.) una volta sola, la sua somministrazione ripetuta — nella stessa dose — a una o due ore di intervallo; la somministrazione di pane bianco (100 gr.) in 4 volte.

Il normale presenta, nella prima prova, un aumento della glicemia che non supera l'1,80 ‰, e che torna normale entro un paio d'ore e non si accompagna mai a glicosuria: nella terza, la glicemia non supera l'1,50 ‰ e non c'è glicosuria; in quanto alla seconda prova, la seconda curva glicemica è nettamente inferiore alla prima, perchè la nuova somministrazione di zucchero trova il pancreas funzionante attivamente, in risposta alla prima dose introdotta.

La presenza di zucchero nelle urine dopo queste tre prove — e specialmente dopo la terza — ha grande importanza per la diagnosi precoce di diabete.

V. SERRA.

Aumentata tolleranza ai carboidrati in diabetici dopo la somministrazione ogni ora di insulina e glucosio per lunghi periodi.

Arthur Ellis (*The Quarterly Journ. of Medec.*, aprile 1934) avendo notato iperglicemia in alcune ore della giornata in diabetici che fanno la cura di insulina, ha provato a dare l'insulina associata al glucosio ogni ora per periodi di 2-16 giorni.

Negli otto casi studiati ci fu un miglioramento nella tolleranza in carboidrati rilevato dalla diminuzione della dose di insulina necessaria a mantenere la glicemia al normale. Nei vecchi questo miglioramento fu più brusco e più notevole.

In questi casi fu data insulina con glucosio (fino a 600 gr. di glucosio nelle 24 h.) senza altri alimenti.

Già era stato osservato da altri che l'iperglicemia che segue la prova di carico dei carboidrati è seguita spesso da ipoglicemia a volte notevole e che una seconda somministrazione di glucosio dà minore elevazione della glicemia.

In qualche caso l'ipoglicemia che seguì la prova di carico fu così imponente da eguagliare una crisi da eccesso di insulina e si interpreta come la risposta delle isole del Langherans allo stimolo rappresentato dalla rapida iperglicemia da glucosio.

Macallum ha emesso l'ipotesi di un ormone insulare nel duodeno, la cui produzione è provocata dalla presenza di zucchero nell'inte-

stino. Egli e i suoi collaboratori hanno isolato dal duodeno una sostanza capace di ridurre l'iperglicemia sperimentale, ma non l'iperglicemia dell'animale spancreatizzato, per cui interpretano il meccanismo di azione di questa sostanza come una stimolazione delle isole del Langherans.

Nelle osservazioni di Ellis si può escludere che il miglioramento sia dipeso dall'insulina sola, perchè la tolleranza ai carboidrati non si comportò ugualmente in controlli in cui essa fu somministrata senza glucosio. Anche la scomparsa della chetosi non può essere considerata la causa del miglioramento.

La spiegazione del fatto per ora non è chiara. Comunque rimane il miglioramento del diabetico coll'insulina unita al glucosio e somministrata ogni ora. R. LUSENA.

La curva della glicemia nei diabetici. Sua importanza per la cura insulinica.

Dalle ricerche di J. V. Grott e H. Szpidbaum (*Le Sang*, 1934, n. 1) risulta che nei sani il metabolismo dei carboidrati ha la minore attività al mattino a digiuno ed aumenta nella giornata, sotto l'influenza degli eccitanti specifici (gli idrati di carbonio) con la maggiore attività dopo il pasto della sera.

Nei diabetici, senza insulina, si possono avere 3 tipi di reazione: 1) curva glicemica più elevata durante la giornata con caduta vesperale; 2) tre scarti dalla curva quasi identici, dal livello costante a digiuno; 3) massima elevazione al mattino e caduta a mezzogiorno, con forte glicemia dopo il pasto della sera.

Nei diabetici sensibili all'insulina, la curva glicemica si comporta come se l'attività del metabolismo degli idrati di carbonio si accrescesse nettamente dopo ogni pasto successivo, cioè come se la quantità d'insulina endogena distribuibile, aumentasse ogni volta nel corso della giornata.

Vi sono dei casi particolari di diabete, che si sopportano come se resistessero all'insulina esogena.

Le reazioni atipiche nel gruppo dei diabetici esaminati indicano: 1) che ogni malato esige un trattamento individuale specialmente quando si tratta di somministrare l'insulina; 2) che, prendendo in considerazione l'attitudine del metabolismo degli idrati di carbonio come un'entità, si devono considerare non soltanto i fattori che immagazzinano lo zucchero (ipoglicemizzanti), ma anche quelli che lo liberano (iperglicemizzanti). Il livello dello zucchero sanguigno è lo stesso fattore regolatore, poichè in seguito ad un'elevazione del livello, viene la risposta sotto forma di una caduta consecutiva.

Dopo il primo pasto, il periodo della caduta glicemica nei diabetici si prolunga fino a 5 ore; sarebbe quindi utile dare il pasto seguente dopo 3-4 ore.

L'esame frazionato della glicosuria, con la determinazione della curva glicemica giornaliera costituisce un mezzo prezioso per riconoscere il comportamento del metabolismo dei carboidrati e della soglia renale.

Anche l'esame frazionato della glicosuria dimostra che il ricambio dei carboidrati migliora durante la giornata negli individui in cui i pasti e l'insulina sono ripartiti in modo uguale. *fil.*

Glicosuria renale in corrispondenza di manifestazioni tubercolari ematogene recenti.

In due casi osservati da H. Mayrhofer (*Med. Klin.*, n. 23, 2 giugno 1933) si ebbe, durante una *poussée* ematogena del processo tubercolare, la comparsa di una glicosuria notevole, a carattere transitorio.

Il fenomeno, simile a quello dell'albuminuria tossica delle forme di tubercolosi ematogena proliferante, non può essere spiegato altrimenti che con una lesione renale legata al processo morboso fondamentale, per il quale tutto l'organismo comparteciperebbe alla malattia localizzata nel polmone. M. FABERI.

Sull'alimentazione del bambino sano.

H. Vogt (*Mediz. Welt.*, 20, 1934) ricorda come tutti i medici siano d'accordo nell'ammettere l'alto valore dell'allattamento naturale per lo sviluppo immediato e futuro del lattante, e per la sua resistenza alle infezioni.

I buoni risultati dell'allattamento artificiale hanno indotto oggi molti AA. a ritenere che la interruzione dell'allattamento prima ancora dell' VIII° mese sia consigliabile; in realtà non esistono dati che permettano di stabilire con esattezza il momento preciso in cui l'allattamento può essere troncato; certo la comparsa dei denti non ha alcuna importanza a riguardo.

D'altro canto non è utile protrarre a lungo l'uso del latte materno, data la sua scarsezza in albumina e sali (calcio, fosforo, ferro): in complesso sembra di poter accettare ancora il periodo tra l'VIII° e il X° mese come il più favorevole per il divezzamento.

Sotto l'influenza delle teorie vitaminiche, si tende oggi a somministrare largamente al lattante succhi di frutta (aranci, limoni) per prevenire sopratutto il pericolo di un'avitaminosi tipo C; sebbene questa sia tutt'altro che frequente.

Non altrettanto innocua è la somministrazione di legumi, da molti raccomandato per il loro contenuto in alcali, ferro e cellulosa: in realtà, infatti, essa spesso è mal tollerata nel primo semestre di vita e deve essere riserbata a casi speciali.

La dieta esclusivamente vegetale non è certamente la preferibile; è vero che il latte e le uova aggiungono le loro proteine; ma non è mai stato dimostrato che l'uso moderato della carne possa danneggiare il bambino lattante: piccole dosi di carne o di organi in-

terni (cervello, fegato ecc.) potranno essere dati senza danno.

L'A. conclude con una breve nota sull'influenza che l'alimentazione esercita sullo stato dei denti; la somministrazione di succhi di frutta e di Lebertran sembrano capaci di far guarire i processi di carie. V. SERRA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contenuto totale in calcio e fosforo di ratti paratireoprivi ed in eccesso di parathormone.

Come si esplichi l'influenza che le paratiroidi esercitano sul metabolismo minerale, e e più in particolare su quello del Ca e del P, è questione di grande interesse e che recentemente è stata da varie parti ripresa e largamente studiata, anche dal lato sperimentale.

P. Frugoni (*Archivio per le scienze mediche*, aprile 1934) ha voluto apportare un pratico contributo sperimentale alla questione sperimentando su ratti adulti ed a dieta ricca di calcio. Ha potuto così stabilire come il contenuto percentuale di Ca e P nell'organismo di tutti paratireoprivi è marcatamente più alto che non negli animali normali. D'altra parte ha notato come Ca e P sono egualmente, ma in modo più manifesto, aumentati percentualmente nell'organismo totale di ratti in sopradosaggio di parathormone. Sia nell'una che nell'altra condizione sperimentale i valori percentuali delle ceneri sono nettamente aumentati, ma mentre i valori del Ca si dimostrano aumentati anche se riportati al % di ceneri, quelli del P, riportati alle ceneri, non dimostrano variazioni degne di nota, oscillando in brevi limiti in più o in meno in confronto ai soggetti normali. Questa constatazione mette in sicura evidenza che non solamente il ricambio del Ca e del P sono alterati, ma l'intero metabolismo minerale è perturbato.

Lo studio del quoziente Ca:P dimostra un suo innalzarsi presso a poco corrispondente tanto negli animali con iperparatiroidismo come con ipoparatiroidismo, attestando così un aumento proporzionalmente maggiore del Ca che del P. G. LA CAVA.

La tetania paratireopriva e l'A. T. 10.

F. Holtz e collaboratori (*Deutsch Zesch. f. Chir.*, vol. 242) ha isolato dalla Vitamina D_2 un principio, solubile in olio la cui azione si dimostra affine a quella del Paratormone isolato da Collip. L'A. ha infatti potuto ottenere con questa sostanza che ha chiamato A. T. 10 una sindrome che ripete in modo evidente quella di iperparatiroidismo. Tale sostanza è stata adoperata poi in Clinica su nove casi di tetania in operati di gozzo con buon esito in quanto si ebbe scomparsa dei sintomi di tetania e la calcemia tornò al normale.

L'A. insiste sull'opportunità di usarla nell'uomo solo in casi a calcemia abbassata giacchè nei pazienti a calcemia normale può essere assai pericolosa. Anche il dosaggio deve esser fatto con grande cautela potendo tale sostanza essere causa di gravi danni alll'organismo. V. GHIRON.

NOTE DI RADIOLOGIA

Clisma opaco con insufflazione d'aria nel colon.

Ghay (*Surg. Gyn. et Obst.*, 1934) riporta numerosi casi di affezione del colon (tumori, diverticoli, processi cicatriziali, spasmi) in cui la diagnosi fu grandemente aiutata da ricerche radiologiche fatte con l'insufflare dal retto, dopo fatto il clisma opaco, una modica quantità d'aria. Questa distribuendosi lungo le pareti ne disegna molto chiaramente le irregolarità e pertanto anche piccoli tumori diverticoli di modiche proporzioni delle pareti intestinali appaiono chiaramente mentre con i soliti mezzi di indagine radiologica non apparirebbero.

V. GHIRON.

Importanza diagnostica della encefalografia nelle complicazioni cerebrali d'origine otogena.

H. Brunner (*Wien. Kl. Woch.*, 7, 1934) ricorda come si siano ottenuti casi di guarigione nelle leptomeningiti purulente diffuse con l'insufflazione di aria e l'iniezione di soluzioni ipertoniche o di urotropina nel canale lombare (Mayer).

Pur riservandosi di decidere sulla reale efficacia terapeutica di questo intervento, dato che i casi finora raccolti sono ancor pochi, l'A. ne sostiene l'utilità diagnostica nei casi di complicazione cerebrale d'origine otogena.

Praticata in queste condizioni, l'encefalografia permette di precisare la sede della lesione, e fornisce un indice sicuro all'intervento operatorio.

L'A. riferisce, a conferma del suo concetto, tre casi, due di ascessi del lobo temporale e uno di meningite circoscritta; in tutti e tre la encefalografia fu sopportata senza alcun disturbo, e decise della diagnosi.

Naturalmente questo metodo diagnostico non può essere generalizzato; e ne saranno principalmente esclusi i casi con segni di ipertensione cranica, e quelli febbrili; nè va dimenticato il pericolo che l'insufflazione dei ventricoli determini la rottura di raccolte saccate.

In complesso però il metodo, quando è permesso usarlo senza pericolo, riesce di prezioso ausilio per la diagnosi. V. SERRA.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. A. B. da L. d. B.:

In tedesco: Kowarschik. *Elecktrotherapie*. Springer, ed. In francese nella collezione di Masson: « Les actualités physiothérapiques ». Duhem: *Eléctrodiagnostic*. Delherm: *Les cou-*

rants continues et faradiques. 2 volumetti. Pennetier: *Les courants de haute fréquence*. Consultare catalogo di Hoepli. Mancano trattati recenti italiani. Del compendio di terapia fisica (ed. Cavalleri, Como) credo esaurita l'edizione. Per la parte elettroterapica può rivolgersi (estratto): prof. Bordoni, Siena; prof. Sabatucci (Roma, via Castelfidardo).

E. Milani.

VARIA

La medicina cinese.

Dei medici della Cina è noto solo che vengono retribuiti quando i clienti stanno bene, mentre questi sospendono il compenso allorchè si ammalano. Si tratta però di una leggenda.

In Cina ora cominciano ad esercitare i medici diplomati nei Paesi detti « occidentali », o in scuole mediche organizzate nella Cina da « occidentali »; ma essi vengono considerati con diffidenza e non sono ricercati.

Da quando Confucio ebbe a dire, con ironia, che « senza perseveranza non si riesce neppure a diventare un prete-medico », i medici sono pochissimo stimati in Cina: un po' meno dei banditi, un po' più delle prostitute... Szu-Machien, che è l'Erodoto della Cina, li pone a livello degli indovini, degli astrologhi e dei chiromanti. Un commentatore dei classici confuciani riferisce, con disprezzo, di un certo Sun Szu-mo, celebre dottore in lettere della dinastia Tang, il quale si dette alla medicina e fu cancellato dal suo rango, per essere inscritto in quello inferiore degli artigiani.

Come in molti altri Paesi, i più antichi medici della Cina furono preti; sotto la dinastia Han, questa duplice attività doveva essere lucrativa. Fu allora che un prete taoista, Ciang Tao-ling, rese popolare l'uso degli incantesimi nella cura delle malattie. I suoi discepoli divennero notissimi in tutta la Cina, sotto il nome di « ladri-di-cinque-peculî-di-riso »: era questo il compenso stabilito per i loro servigi. I loro successi incoraggiarono i monaci buddisti ad inventare un altro sistema d'incantesimi: ogni malattia aveva il suo speciale sortilegio; ma il mercato venne inondato dalle due merci rivali e, come al solito, la sovrabbondanza determinò il deprezzamento.

Si spiega, perciò, come poco rispetto venisse tributato alle opinioni dei medici. Il discredito si proiettò anche sui medici che usavano i farmaci. È consuetudine, in Cina, che le prescrizioni dei medici vengano discusse, analizzate, vagliate dalle persone di famiglia del malato; inoltre, che vengano completate o modificate o rifiutate, a seconda dell'autorità di chi prende parte alla discussione.

Quanto più ricca è la famiglia, tanti più medici vengono chiamati, l'uno dopo l'altro. Ognuno esamina il malato, pone la diagnosi e scrive la ricetta; poi lascia ai parenti il compito di decidere se le sue opinioni e prescrizioni meritino o no di esser prese in considerazione.

Le prescrizioni cinesi sono famose per la lunghezza. Alcuni rimedi però vi ricorrono con frequenza; così la liquirizia e l'*Angelica polymorpha*, detta tang kuei, usata per la cura dei disordini mestruali e della sterilità femminile.

Non v'è crisi di medicinali in Cina: lo si può rilevare dalla fiera nazionale dei medicinali, che si tiene da tempo immemorabile due volte l'anno, a Cinciov, nella Cina settentrionale. Vi affluiscono tredici carovane dai centri produttori di medicinali. Così lo zafferano e il sale ammoniaco giungono dal Tibet, la buccia d'arancio e uno speciale incenso da Canton, i licheni dalla Mongolia, il rabarbaro da Szeciman. Durante la fiera, sull'altare del Dio della medicina si fanno bruciare mirra e incenso, e la sera ogni carovana, a turno, tiene festeggiamenti con musiche ed azioni drammatiche le quali si svolgono in un grande anfiteatro all'aperto.

Il medico non è legato ad alcun codice deontologico in quanto riguarda la pubblicità. Per antica consuetudine, il paziente guarito manda ai giornali un articolo in cui descrive la valentia del suo medico; qualora il paziente tardasse a pubblicare questa nota laudativa, si considererebbe cosa pazzesca, da parte del medico, esitare a ricordargli il proprio dovere.

Non di rado il paziente guarito manda al medico una grande tavola, in lacca e oro, ove sono magnificate la perizia e l'abilità del medico stesso. La tavola percorre le strade, preceduta da una banda musicale, e viene infine consegnata tra grandi cerimonie.

Malgrado lo scarso rispetto per i medici, da secoli si riconoscono i doveri che spettano alla collettività verso i malati ed i vecchi. Già mille anni a. C. si trovano descritti ambulatori gratuiti tenuti dal Governo. Nei rituali sacri è stabilito che malattie diverse devono esser curate in varie sezioni, e ciò in rapporto con le stagioni dell'anno. Nel 385 d. C. gli ospedali provinciali erano finanziati dal Governo con introiti ricavati dai campi risicoli.

Ora la Cina si affaccia alle idee del cosidetto Occidente: il ministero dell'igiene è, anzi, all'avanguardia del progresso. Indirizzata dal dott. Ludwik Rajchman (della Società delle Nazioni) e con i consigli dei dottori Wu Lien-teh, di fama mondiale per i suoi studi sulla peste, e Liu Jui-heng, l'organizzazione del nuovo ministero promette bene.

I giorni dei ciarlatani e degli stregoni sono contati.

(Dal « S. A. Medical Journal », 25 novembre 1933; in « Ann. d'ig. », dicembre 1933, Allegato).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

55° *Dottor L. F.* (M.). — Vi è incompatibilità assoluta tra l'ufficio di medico condotto e quello del Podestà.

56° *Dottor S. G.* (P.). — Per la nomina del primario medico non specialista, se si tratti di ospedale che abbia meno di 500 letti, non è per legge obbligatorio il concorso.

57° *Dottor L. S.* (M.). — Lo stipendio è soggetto alla ritenuta del 12 % essendo stato stabilito nel 1929, cioè prima della legge che prescrisse la riduzione. Trattandosi però di interinato e di una retribuzione discrezionalmente fissata quando i costi erano già modificati, può essere giustificato un provvedimento equitativo che lasci invariato lo stipendio, considerando che all'interino non fu attribuito lo stipendio spettante per capitolato al titolare, ma la misura fu ridotta e ne fu esclusa qualsiasi altra indennità. Giuridicamente si attuerebbe una modificazione, cioè un aumento della retribuzione stabilita discrezionalmente per il servizio provvisorio.

58° *Dottor V. E.* (C.). — Non credo che il trattamento economico validamente già stabilito dal Comune, con l'approvazione dell'autorità tutoria, in relazione al numero dei poveri, possa essere legittimamente modificato, eliminandosi il compenso proporzionale al numero dei poveri oltre un dato limite. Per altro, questo trattamento non è contrario alla legge.

Se il Podestà delibererà la modificazione, Lei potrà ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni 30 dalla data della comunicazione del provvedimento esecutivo.

59° *Dottor G. S.* (M.) — L'ordine del Commissario, in quanto non è esattamente conforme alla disposizione del Capitolato speciale, non è legittimo. Poichè per i medici condotti è stabilita una norma particolare, questa è efficace. Il sanitario può quindi assentarsi per poche ore, dopo il servizio ordinario e di ambulanza, purchè abbia assicurata la supplenza per ogni eventualità. Se mai si può pretendere che egli avvisi l'amministrazione comunale quando si assenta per poche ore; ma non occorre una speciale autorizzazione perchè, questa già risulta in via generale dal capitolato.

60° *Dottor D. M.* (A.). — Il Podestà ha *per legge* diritto di libera scelta: può quindi nominare, senza indicare motivi, qualsiasi concorrente dichiarato idoneo. Questa regola è confermata dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato ed è notissima. Ma sono anche note le istruzioni date in senso diverso dal Ministero dell'Interno alle autorità dipendenti. È da ritenere che questa situazione di incertezza incresciosa e di contrasto, sia presto superata e la legge, sino a quando non sia modificata, sia applicata quale è.

La prestazione di servizio lodevole nel medesimo comune, per oltre un anno, è titolo di preferenza, di grado però inferiore alle benemerenze militari, ed è efficace in rapporto all'ordine della graduatoria, quando vi sia parità di merito tra due concorrenti. In ogni caso, tale servizio può essere valutato dal Podestà come motivo di scelta.

61° *Dottor A. L.* (P.). — Se il primo rinunzierà, è da prevedere che, secondo le istruzioni del Ministero, sarà nominato il secondo graduato.

Non è stabilito un termine, entro il quale l'autorità amministrativa debba provvedere alla nomina; il ritardo non è cagione di danno risarcibile. Per obbligare indirettamente ad una risoluzione, l'interessato potrà fare reclama al Prefetto e, occorrendo al Ministero. Il concorso potrebbe essere annullato soltanto per cause legittime; il ritardo, dipendente dall'amm.ne pubblica, non sarebbe certamente motivo idoneo.

62° *Dottor S. D.* (P.). — L'aumento della indennità per mezzi di trasporto è discrezionale: l'interessato può insistere per via amministrativa ma non ha un *diritto* da far valere, cioè non può costringere l'amm.ne a deliberare l'aumento. Credo, invece, che possa domandare un miglioramento del trattamento economico in rapporto agli oneri sopravvenuti per effetto del riordinamento delle condotte. Può citare, per giustificare questa sua richiesta, la sentenza della V Sezione del Consiglio di Stato 29 aprile 1933 n. 257, riportata nella Rivista « Il Diritto pubblico sanitario » n. 8 del 1933. Editori, Fratelli Pozzi.

63° *Dottor S. B.* (M.). — A me pare che la legalizzazione fosse necessaria. Però la Commissione avrebbe potuto e dovuto invitarla a regolarizzare l'atto. La esclusione dal concorso non mi sembra giustificata. Per le questioni inerenti alle legalizzazioni e alla regolarizzazione di atti, nei pubblici concorsi, può consultare le note pubblicate nella Rivista « Il Diritto pubblico sanitario » (Editori, Fratelli Pozzi), anno 1932, pag. 385; anno 1931, pag. 177.

64° *Dottor F. L.* (P.). — L'elenco dei poveri è deliberato dal Podestà, il quale può costituire una Commissione.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALGHERO (*Sassari*). — Scad. 40 giorni dal 12 giugno, ore 12; 2ª condotta; L. 8500 e 4 quadrienni dec., addizionale L. 5 sopra i 1000 pov.; ritenute.

ATESSA. — (Vedi CHIETI).

BELLUNO, *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 25 lug.; direttore del consorzio e del dispensario; aiuto medico del dispensario; stipendi L. 22.000 e L. 10.000 già depurati del 12 %, al lordo del 6 %; rimborso spese di viaggio; indennità; età limite 45 a. al 22 mag. Dal primo concorso sono escluse le donne.

BRINDISI. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 25 lug.; direttore del Dispensario d'igiene sociale di Ostuni; titoli ed esami; L. 8500 e 2 quadrienni di L. 500 oltre L. 2000 serv. att.; riduzioni; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 22 mag. Chiedere annunzio.

CALABRITTO (*Avellino*). — Scad. 10 agosto; 2 condotte; L. 6000 e L. 7000, oltre 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,10. Chiedere altre condizioni.

CAMMARATA (*Agrigento*). — Scad. 23 lug.; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; riduzioni; tassa L. 50.

CARROSIO (*Alessandria*). — Scad. 31 lug.; lire 7000; età limite 35 a.

CHIAVARI (*Genova*). — Condotta urbana; proroga a ore 17 dell'1 settembre.

CHIETI. *R. Prefettura.* — Concorso, per titoli ed esami, a due posti di Ufficiale Sanitario: uno nel Comune di Francavilla a Mare con lo stipendio annuo di L. 8000 e con 5 aumenti quadriennali del decimo, al lordo ritenute di legge e delle riduzioni secondo i decreti 20 nov. 1930, n. 1491 e 14 aprile 1934, n. 561; l'altro nel Comune di Atessa con lo stipendio annuo di L. 5000 e con 5 aumenti quadriennali del decimo, al lordo delle ritenute di legge e della riduzione di cui il R. Decreto 20 novembre 1930, n. 1491. I concorrenti — *chi intende concorrere a tutti e due i posti deve produrre distinta domanda per ciascun concorso* — devono far pervenire domanda in carta da bollo da L. 3 unitamente ai prescritti documenti (l'elenco dei quali con le rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Chieti - Ufficio del Medico Provinciale -) non oltre le ore diciotto del 31 luglio 1934 al predetto Ufficio al quale potranno essere rivolti quegli altri chiarimenti del caso.

FERTILIA (*Napoli*). — A tutto il 20 luglio; per Casaluce; L. 9500; riduzioni; c.-v.; età limite 40 a.; servizio entro 15 giorni.

FRANCAVILLA A MARE. — (Vedi CHIETI).

GIRIFALCO (*Catanzaro*). — Scad. 30 giu.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; riduzioni; età limite 45 a.; tassa L. 50,10.

ITRI (*Roma*). — Scad. 31 lug.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

LECCE. *Comune.* — Scad. 15 lug.; medico di reparto di 2ª Categoria; L. 9500 aumentabili, oltre L. 2500 serv. att.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; riduzioni.

MANCIANO (*Grosseto*). — Concorso alla condotta medico-chirurgica in frazione Saturnia. Stipendio annuo L. 10.000 con aumenti dieci triennali del ventesimo; indennità di cavalcatura L. 2500, con ritenute e riduzioni di legge. Indennità di caro-viveri, se dovuta, come agli altri impiegati. Età massima 35 anni salvo eccezioni. Scadenza 31 luglio 1934-XII. A richiesta inviasi bando integrale. Rivolgersi alla Segreteria Comunale di Manciano.

MATERA. *Amministrazione Provinciale.* — La data di chiusura del concorso al posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, fissata pel 2 giugno 1934, è stata prorogata fino alle ore diciotto del giorno 30 giugno 1934.

MAZZARINO (*Caltanissetta*). — Il Presidente della Congregazione di Carità di Mazzarino rende noto che il concorso bandito con avviso 20 marzo 1934 al posto di Chirurgo-Direttore dell'Ospedale Civile S. Stefano è stato prorogato fino al 30 giugno 1934.

MONTEROTONDO (*Roma*). — Scad. 10 ag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v.; riduzioni; tassa L. 50,10.

MONTE S. GIOVANNI IN SABINA (*Rieti*). — Scad. 15 lug.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san.; riduzioni; età limite 35 a.; tassa L. 50.

PALESTRINA. *Ospedale Civile.* — Scad. 21 luglio; chirurgo direttore; L. 10.000 oltre L. 2000 resid., percentuali; ritenute.

PARMA. *R. Prefettura.* — Scad. 1° agosto, ore 17; uff. san. medico capo dell'Ufficio IV di igiene e polizia urbana del Comune di Parma; titoli ed esami; L. 15.000 oltre L. 1000 indenn. carica; riduzioni; 5 quadrienni dec.; diritti (L. 13.000 media dell'ultimo triennio) ed eventuali emolumenti; età limite 35 a.; tassa L. 50,10, al Podestà. Chiedere annunzio.

PESARO, *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 ag.; medici direttori delle Sezioni Dispensariali di Fano e di Urbino; L. 6000 ciascuno oltre indennità trasferta e missione; età limite 45 a. al 15 mag. Domande al Presidente.

PESARO, *Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi.* — Scad. 4 agosto; assistente della Sez. med.-micrograf.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 serv. att.; riduzioni. È vacante anche il posto di direttore della Sez. chimica.

POMARICO (*Matera*). — Concorso, per titoli al posto di medico chirurgo condotto. Periodo di prova anni 2. Stipendio annuo L. 7000 suscettibili di 5 aumenti quadriennali di un decimo, computato, per la maturazione del primo aumento, il periodo di prova e soggette alle ritenute e riduzioni per legge. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. Alla domanda, da farsi in bollo di L. 3, contenente il preciso recapito e che dovrà essere accompagnata, oltrechè dalla tassa di L. 50,10, dai prescritti documenti, l'elenco dei quali e relative modalità possono desumersi dal Bando di Concorso a richiedersi alla Segreteria Comunale di Pomarico, dovranno pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore dodici del 20 luglio 1934-XII. Assunzione servizio entro 30 giorni dalla data della partecipazione di nomina sotto pena di decadenza.

Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla sumenzionata Segreteria Comunale.

RAGUSA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 20 lug.; direttore del consorzio e del dispensario; L. 18.000 e 5 quadrienni dec.; ritenute; età limite 45 a. al 19 mag.; tassa L. 50.

REGGELLO (*Firenze*). — Scad. 1° agosto; per Cancelli; L. 8500 e 8 trienni dec., addizionale L. 5 sopra i 500 inscritti con massimo di L. 2000, indenn. trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50,15.

ROMA. *Governatorato.* — Scad. 16 luglio, ore 12; medico specialista otorinolaringoiatra a ferma permanente; L. 7600; c.-v. se dovuto; L. 500 mensili per l'Istituto per l'adenoidismo; età limite 35 a.; tassa L. 50. Chiedere condizioni. Rivolgersi Protocollo della Ripartizione 1ª.

ROMA. *Governatorato.* — Scad. 5 luglio; 12 posti di medico igienista a ferma temporanea; L. 7600 ed eventualm. c.-v.; età limite 35 a. Rivolgersi Protocollo Ripartizione 1ª.

ROSSANO VENETO (*Vicenza*). — A tutto il 31 luglio 1934 è aperto il concorso per titoli al posto di medico-chirurgo condotto. Documenti di rito. Popolazione abitanti 5128. Il territorio del Comune è tutto in pianura con ottime strade ed ha una estensione di Kmq. 10,66. Trattamento economico annuo: L. 8000 quale stipendio base con l'obbligo della cura gratuita fino a mille poveri; L. 300 per ogni centinaio di poveri in più; L. 600 per indennità di Ufficiale Sanitario; L. 1000 per mezzo di trasporto; supplemento di servizio attivo ed indennità di caro-viveri. Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio base. Riduzione e trattenute di legge.

S. GIOVANNI IN SABINA (*Rieti*). — Scad. 15 lug.; L. 10.500 oltre L. 400 se uff. san.

SATURNIA (Vedere MANCIANO).

SCARPERIA (*Firenze*). — Scad. 31 lug.; 2ª cond.; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 cavalc.; addizion. L. 5 sopra i 1000 pov.; riduzioni; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

SENORBÌ (*Cagliari*). — Scad. 15 lug.; per Suelli-Sisino; L. 8000 e 4 quinquenni dec. oltre L. 500 trasp.; tassa L. 50,10.

SERRAVALLE SCRIVIA (*Alessandria*). — Concorso, per titoli, al posto di Medico Condotto. Scadenza 10 agosto 1934. Al posto suddetto è annesso lo stipendio annuo di L. 7000 al lordo delle ritenute di legge, nonchè delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. I concorrenti dovranno presentare entro il termine suddetto, la domanda in carta da bollo di L. 3, insieme ai documenti di rito. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Serravalle Scrivia.

TREVISO. *Opedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 20 luglio 1934-XII è aperto il concorso per titoli, ed eventualmente per esami, al posto di Primario di Urologia e Dermosifilopatica. Assegno annuo L. 7500 lorde da ridurre a norma di legge; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro-viveri; compartecipazione negli emolumenti riscossi dall'O. P. per cure dozzinanti. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

TRISOBBIO (*Alessandria*). — Il concorso a medico condotto è sospeso in attesa di provvedimenti dell'Autorità tutoria.

VARESE. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso al posto di Coadiutore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo L. 14.000. Indennità servizio attivo L. 2000. Aggiunta di famiglia come al personale dipendente dallo Stato, il tutto con le riduzioni stabilite dai RR. DD. LL. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. Percentuale 13 % proventi analisi. Scadenza ore 18 del 28 luglio 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Provincia di Varese.

VARESE. *Ospedale del Circolo.* — Scad. 31 lug.; chirurgo primario; titoli ed eventualm. esami.

VARZO (*Novara*). — Concorso per titoli. Stipendio annuo per il servizio di Medico Condotto L. 8272 (già ridotto del 12 % e del 6 %) per l'assistenza gratuita fino a 400 poveri; L. 827,20 in più per ogni 500 o frazione di 500 poveri oltre i 400. I poveri inscritti sull'elenco attuale sono 228. Stipendio per il servizio di Ufficiale Sanitario L. 387,20 (già ridotto del 12 % e del 6 %). Indennità per mezzi di trasporto L. 1800. Caro-viveri come agli altri impiegati del Comune. La domanda, in bollo L. 3, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 31 luglio 1934-XII.

VOLTERRA. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 31 lug.; direttore; titoli; L. 25.000 aumentabile di L. 5000 dopo 5 anni, oltre L. 10.000 serv. att.; riduzioni; età limite 50 a. Chiedere avviso. Rivolgersi Congregazione di Carità.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla presidenza dell'Associazione **Medica Britannica** per il 1935-36 è nominato **Sir Richard Stawell**, di Melbourne (Australia); in questa città è indetto il congresso dell'Associazione pel 1935 (nel 1936 si terrà a Oxford e nel 1937 presumibilmente a Johannesbourg, nel Sud-Africa).

Alla presidenza dell'Associazione Medica Americana per il 1935-36 è nominato il prof. Henry A. Christian, della Università Harvard (Boston).

Hanno partecipato al Concorso a premio di L. 5000, generosamente offerto dalla Ditta Russi e C. di Ancona, e bandito dalla Società Italiana di Psichiatria sul tema « La cura della paralisi progressiva », i dottori Amabilino di Palermo, Benvenuti di Pisa, Ferrio di Torino e Pisani di Roma.

La Commissione giudicatrice era composta dei proff.: Donaggio, Ayala, Cappelletti, Fragnito e D'Ormea. Tutti i lavori furono riconosciuti ricchi di pregio e meritevoli di lode, e il premio fu suddiviso in due parti: una di L. 3000 al prof. Benvenuti, e una di L. 2000 al prof. Pisani.

Fu formulato un voto di plauso alla Ditta Russi, per il lodevole e generoso gesto compiuto a vantaggio e incoraggiamento della ricerca scientifica.

La Rivista « Medicina Infantile » di Roma, diretta dal prof. Giovanni Genoese, per onorare la memoria del compianto Maestro prof. Luigi Concetti, assegna ogni anno due premi, uno di lire mille ed uno di lire cinquecento ai migliori lavori originali pubblicati dalla Rivista stessa durante

l'anno. La Commissione giudicatrice, composta dai proff. Jemma, Cozzolino e Cannata, ha deciso per il 1933 che il primo premio sia diviso tra i proff. Gerbasi e Gatto della R. Clinica Pediatrica di Palermo, ed il secondo premio fra il prof. Ferraro dell'Istituto di Assistenza all'Infanzia di Milano ed il dott. Nitti della R. Clinica Pediatrica di Bari.

Il dott. Lucchese, terminato il periodo di prova con esito favorevolissimo, è stato confermato definitivamente direttore sanitario dell'Ospedale di Figline Valdarno.

Il dott. Cesare Ravasini, direttore degli Stabilimenti chimico-farmaceutici Ravasini di Roma, è nominato cavaliere mauriziano. Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso italiano d'idroclimatologia medica.

Si è svolto ad Acqui, San Remo e Bordighera, durante i giorni 9-11 giugno, con l'intervento di oltre un migliaio di medici.

L'inaugurazione venne onorata dalla presenza di S. E. Solmi, sottosegretario all'Educazione Nazionale, in rappresentanza del Governo: ciò attesta la speciale cura che l'Italia fascista rivolge ai problemi sanitari, elemento di elevazione della razza.

Alla cerimonia inaugurale parlarono il gr. uff. Benollo, presidente delle RR. Terme di Acqui, il Marchese Spinola, podestà di Acqui, il prof. Adriano Valenti, presidente dell'Associazione Naz. Medica di Idroclimatologia, il prof. Vinaj, per il Sindacato Naz. Medico Fascista, il gr. uff. Rebucci, presidente della Federazione Naz. Industrie Termali, S. E. Solmi per il Governo.

Il Solmi ricorda che il valore salutare delle acque italiane fu riconosciuto fin dalle prime età e messo in efficenza dagli etruschi e dai romani. Oggi le nostre Stazioni termali e climatiche, assurte ad importanza universalmente riconosciuta, mostrano un attrezzamento che supera, nella maggior parte dei casi, quello degli altri paesi in questo campo. L'oratore accenna alle provvidenze del Governo per avvicinare il beneficio di tali forze terapeutiche alle classi popolari, con gli istituti e le colonie create per i figli del popolo e per le classi meno abbienti; accenna anche alle provvidenze destinate alle classi medie, attraverso il Dopolavoro e gli istituti sociali per gli impiegati; perciò il Fascismo si è guadagnato una nuova benemerenza nella sua molteplice e fattiva azione. Rileva, quindi, l'importanza degli argomenti all'ordine del giorno del Congresso.

È stato letto un messaggio di S. E. Basile, direttore generale della Sanità Pubblica.

Il Congresso ha trattato i seguenti soggetti: « La dottrina della infiammazione nei riflessi idrologici » (rel. S. E. prof. Pietro Rondoni, accademico d'Italia); « Reumatismo poliarticolare acuto e cronico nei loro rapporti sopratutto eziologici » (rel. sen. prof. Ferdinando Micheli); « Pretubercolosi e talassoterapia » (rel. prof. G. Fiore della R. Univ. di Pisa). Hanno avuto luogo varie e interessanti comunicazioni.

Alla seduta di chiusura parlarono il dott. Maccary, il dott. Ferrari, il prof. Valente, che riassunse i lavori, e S. E. Solmi, che auspicò alla sanità della razza, condizione essenziale per la grandezza della Patria.

Convegni regionali antitubercolari.

Al convegno ligure da noi già annunziato e che è stato preparato ottimamente dal prof. G. Breccia, tenutosi il 9 giugno, furono fatte interessanti relazioni. Trattando il tema « radiologia e clinica nelle malattie tubercolari del polmone » i proff. Edoardo e Vittorio Maragliano hanno affermato la necessità che queste malattie siano valutate in base all'esame clinico, completato, nei limiti del possibile, da quello biologico e da quello radiologico ed hanno dettato le norme di tali esami. Il prof. Pende ha lumeggiato l'utilità di rendere obbligatoria, per gli scolari, la cartella radiologica, proposta dal prof. Vittorio Maragliano fin dal 1912 e che il disserente ha largamente applicato; il prof. Morelli ha avanzato qualche riserva d'ordine economico; si è concretato, infine, un ordine del giorno, trasmesso al Capo del Governo. Sulla profilassi nelle scuole e nelle officine il prof. Poggio ha fatto una relazione tendente all'attuazione su larga scala della vaccinazione preventiva. Sulla climatoterapia tubercolare il prof. Pende ha presentato conclusioni secondo cui il clima preferibile è fra 1100 e 1500 m. d'altitudine; il prof. Morelli ha rilevato che questi limiti si confanno bene ai malati precoci o non avanzati, mentre altitudini minori sono idonee per ospedali sanatoriali di pronto ricovero e di smistamento. Al prof. Morelli, fervente ed operoso apostolo della lotta antitubercolare, s'è tributato un vivissimo plauso.

Da una nota storica del sen. Maragliano, risulta come Genova abbia precorso di molto tutte le altre città italiane nella attuale lotta antitubercolare.

Società italiana di chirurgia riparatrice, plastica ed estetica.

Il giorno 10 corrente nella R. Clinica Chirurgica di Roma, è stata costituita la Società Italiana di Chirurgia riparatrice, plastica ed estetica.

Sono intervenuti parecchi chirurgi e specialisti e numerose sono state le adesioni di clinici e primari, tra le quali acclamate quelle di S. E. Paolucci e del prof. Alessandri. Il prof. Manna, promotore della riunione, ha aperto la seduta ringraziando gli intervenuti e illustrando gli scopi della costituenda Società.

Si è data poi lettura dello Statuto e del Regolamento che sono stati approvati ad unanimità.

Al termine della riunione sono stati inviati telegrammi di devozione al Duce, al segretario del Partito, al ministro della Educazione Nazionale ed al segretario Nazionale Sindacale Medici.

La Società terrà il 1° congresso nel prossimo novembre.

Conferenza del prof. Sanarelli a Barcellona.

In seguito a cortese invito fattogli anche dalla Facoltà Medica di Barcellona, il prof. Sanarelli ha tenuto, il 9 corr., in quella città, una conferenza scientifica. Tema: la natura ematogena delle enteropatie infettive.

Presentato con belle parole dal decano della Facoltà, prof. J. Trías Pujol, innanzi a un folto uditorio di professori, di medici e di studenti, nell'anfiteatro della Facoltà di Medicina, il prof. Sanarelli ha svolto la sua conferenza, illustrandola con molte proiezioni. Egli ha esposto i risultati degli studi sperimentali proprî e dei suoi allievi della Scuola d'Igiene di Roma, precisando le personali ben note concezioni in base alle quali deve

oggi interpretarsi il meccanismo patogenetico delle principali malattie infettive che colpiscono l'apparato digerente e debbono quindi applicarsi le provvidenze terapeutiche adatte.

La conferenza, ascoltata per oltre un'ora e mezza col più vivo interessamento, è stata infine calorosamente applaudita dalla numerosa ed eletta assemblea.

Conferenze del prof. Putti a Parigi.

Il prof. V. Putti, della Clinica Ortopedica dell'Università di Bologna, invitato dalla Facoltà Medica dell'Università di Parigi, ha tenuto il 5 corrente, nell'anfiteatro di detta Facoltà, una lezione intorno alla chirurgia articolare, portando i risultati di venti anni di esperienza in artroplastica, tra il più vivo interesse del dotto uditorio. Fu presentato dal prof. Roussy, decano della Facoltà.

La Società di Chirurgia di Parigi lo ha invitato a tenere una conferenza anche alla sede della Società stessa.

Conferenza del prof. Bocchetti a Parigi.

Per invito del Comitato Nazionale Francese per la lotta contro la tubercolosi, il prof. Bocchetti, segretario della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, ha tenuto alla presenza dei maggiori esponenti della lotta contro le malattie sociali in Francia, una conferenza su quanto il Regime Fascista ha fatto per liberare il popolo italiano dalla tubercolosi.

Il conferenziere, attraverso documentazione di films, grafici e dati statistici, ha messo in rilievo i grandi progressi raggiunti in Italia in questo campo sia nella organizzazione tecnica che nei risultati pratici, igienici, sociali, destando vivo interesse. In modo particolare è stata illustrata l'opera della Direzione Generale di Sanità Pubblica, dell'Istituto Nazionale Fascista per la previdenza sociale, dei Consorzi Provinciali Antitubercolari e della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

Sulla conferenza del prof. Bocchetti hanno preso la parola: il prof. Léon Bernard, segretario generale per l'Unione Internazionale per la lotta contro la tubercolosi, il sen. Brisac, L. Viborel ed altri, che si sono congratulati per le numerose ardite previdenze attuate in Italia, volute da Benito Mussolini.

Per la riforma degli studi medici in Inghilterra.

Un comitato dell'Associazione Medica Britannica per la riforma degli studi medici ha presentato una lunga relazione, in cui si propongono varie e radicali riforme. Accenniamo ad alcune. Per quanto riguarda la clinica medica, si vorrebbe che gli studenti fossero addestrati in tutte le manualità degli esami e dell'assistenza, comprese le mansioni più semplici. Per la clinica chirurgica, si dichiara che il far assistere alle grandi operazioni si risolve in una perdita di tempo; si vorrebbe, invece, che gli studenti fossero addestrati nel trattamento delle fratture, delle lussazioni e nella piccola chirurgia. Dopo il diploma, si propone un tirocinio, della durata normale di 9 mesi, riducibile ad un minimo di 5 mesi, da trascorrere come assistente o residente in un istituto clinico, in un ospedale, ovvero come allievo assistente di un pratico generale; verrebbe poi sostenuto un esame pratico.

Diplomi di specializzazione nel Belgio.

Nel Belgio, alla Reale Accademia di Medicina e in varie Società mediche si è discusso il problema dei diplomi di specializzazione. La discussione è tuttora in corso. La « Société belge de chirurgie » è stata unanime nell'accogliere un voto proposto dal prof. De Beule, affermante la necessità di creare un diploma di chirurgia il quale, senza privare i « dottori in medicina e chirurgia » del diritto che loro conferisce la legge di intervenire chirurgicamente, faccia risaltare la necessità di un perfezionamento ulteriore, per chi aspiri a praticare l'alta chirurgia. Questa ha compiuto tali progressi scientifici e tecnici, da rendere inderogabili delle garanzie, in chi intende di esercitarla.

Istituto romeno di sanità.

È prossimo ad essere ultimato, in Bucarest, un magnifico Istituto di sanità pubblica e d'igiene, per il quale hanno dato i mezzi il ministero della sanità pubblica, il municipio di Bucarest e la Fondazione Rockefeller. Alla manutenzione provvederanno tutt'e tre gli enti; ma la Fondazione Rockefeller si ritirerà dopo cinque anni. Una delle caratteristiche dell'Istituto è un dispensario di medicina preventiva, che opererà in un importante distretto della capitale; servirà di modello per istituzioni congeneri e sarà destinato alla pratica dei funzionari dell'igiene.

Ribasso sulle specialità medicinali.

Il Ministro dell'Interno, con decreto 5 giugno 1934-XII, ha disposto quanto segue:

1) Le specialità medicinali, i prodotti opoterapici e biologici, i fermenti solubili ed organizzati, ed in genere tutti i prodotti affini, nonchè i sieri e vaccini, i virus, le tossine, gli arsenobenzoli semplici e derivati, i prodotti affini, devono essere venduti al pubblico ad un prezzo non superiore a quello segnato sull'etichetta all'entrata in vigore del presente decreto diminuito del cinque per cento.

2) La riduzione del cinque per cento, di cui al numero precedente, verrà effettuata mediante la seguente indicazione ben chiara e visibile, da apporsi sugli involucri delle specialità e degli altri prodotti su indicati « Riduzione cinque per cento D. M. 5 giugno 1934 - XII Lire.... ». L'etichetta recante tale indicazione non deve coprire o comunque occultare il prezzo originario, vale a dire il prezzo di vendita alla data di entrata in vigore del presente decreto, calcolato al netto della riduzione del cinque per cento, applicata per effetto del decreto ministeriale 5 gennaio 1931.

3) La diminuzione, di cui al numero 1 del presente decreto, non è applicabile alle specialità medicinali estere non fabbricate e non confezionate nel Regno.

* * *

Fra la Federazione Nazionale Fascista Industrie Chimiche ed affini, rappresentata dall'on. prof. Cesare Serono, dal gr. uff. rag. Ezio Granelli, dal gr. uff. Arturo Gazzoni, dal dott. Leopoldo Giannessi, assistiti dal segretario generale dott. Bonini; il Sindacato Nazionale Fascista Farmacisti, rappresentato dall'on. prof. Silvestro Baglioni e dal gr. uff. dott. Michele Chieffo, e la Federazione Nazionale Fascista Commercio Chimico, rappre-

sentata dal dott. rag. Ruggero Garroni, dal signor Mario Brugnoli, assistiti dal segretario generale avv. Luigi De Simone; in relazione al Decreto del Ministero dell'Interno 5 giugno 1934-XII, si è convenuto di addivenire alla riduzione del 5 per cento delle specialità medicinali, prevista dal suddetto decreto, riduzione che sarà operata dal produttore sul prezzo di vendita al pubblico.

Il produttore si impegna di mantenere al farmacista almeno la percentuale del 23 per cento sul prezzo di vendita al pubblico, e al grossista lo sconto attualmente praticato.

Riguardo alle rimanenze i produttori concederanno le suddette condizioni ai grossisti ed ai farmacisti che hanno ritirato direttamente su tutte le fatture a partire dal 16 maggio scorso, e per le merci non ritirate entro questo periodo, sull'ultima fattura non oltre il 16 marzo scorso.

I grossisti concederanno le suddette condizioni ai farmacisti su tutte le fatture delle merci ritirate dal 1° giugno corrente e, per le merci non ritirate in questo periodo, sull'ultima fattura non oltre il 1° aprile u. s.

Un po' dovunque.

Per il Congresso dei medici di lingua francese indetto nel Canadà durante il prossimo agosto, il Comitato organizzatore ha ricevuto un'assegnazione di 100.000 dollari dalla città di Montreal ed una di 100.000 dollari dalla provincia di Quebec; ora se ne annunzia un'altra, di 250.000 dollari, da parte del Governo federale. (Un dollaro canadese equivale incirca a 12 lire it.).

Le Giornate mediche e farmaceutiche della Facoltà libera di medicina e farmacia di Lilla si sono tenute nei giorni 9-11 giugno, integrate da visite, riunioni artistiche e sportive.

Il 26° Congresso della Federazione Medica Belga si è tenuto dal 2 al 4 giugno a Dinant.

L'Associazione Americana dei medici antropologi si è adunata dall'8 al 10 maggio, nei locali del Museo americano di storia naturale.

La Società dei medici neurologi tedeschi si adunerà dal 27 al 29 settembre in Monaco. Tema: regolazione nervosa del ricambio; relatori: Grafe (Würzburg) e Greving (Schweinfurt). Informazioni dal Dr. Ziehen, Nussbaumstrasse 7, München, Germania.

La « Società di Tisiologia » dell'Uruguay si è fatta promotrice della fondazione di una « Unione Latino-Americana delle Società di Tisiologia ».

Si è iniziata la pubblicazione degli « Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio ». Si tratta di una rivista importante, densa di lavori originali; è a periodicità mensile; il comitato direttivo è costituito da insigni personalità. L'abbonamento importa 10 pesos; l'amministrazione ha sede in: Córdoba 2082, Buenos Aires.

Il Circolo di cultura « Kogukukai » del Giappone, presieduto dal dott. Choci Ishibashi, ha cambiato il nome in « Associazione di cultura internazionale »; ha lo scopo di promuovere la conoscenza di quanto si compie all'estero, sovratutto attraverso lo studio delle lingue e attraverso le traduzioni — con particolare riguardo alla medicina. Fin'ora la sua attività si era concentrata alla lingua tedesca; ora verrà rivolta anche a quella inglese ed a quella francese.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata il 30 gennaio, il 20 febbraio, il 27 marzo e il 24 aprile, sotto la presidenza del prof. G. Dossena, assistito dal segretario dott. P. Soda. Furono fatte comunicazioni dai soci: C. De Toni, A. Pellegrini, L. Sassi, L. Pietrantoni, G. Pittiani, A. Pignatti, G. C. Pedroni, E. Raverdino, F. Petrò, G. Dossena.

La Società Medico-Chirurgica Calabrese si è adunata il 5 maggio, sotto la presidenza del prof. Falcone, assistito dal segretario dott. Michele Carbone. Furono fatte comunicazioni dal dott. Cozza e dalla dott.a Tavolaro.

La Sezione del Lazio della Federazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi si è adunata il 19 maggio, sotto la presidenza del prof. Mendes, assistito dal segretario prof. Omodei Zorini. Furono fatte comunicazioni dai soci: R. Bortolotti, G. Cerruti, G. Scorpati, R. Motta, V. Lamma, A. Cinquemani.

Il 29 maggio si sono riuniti nei locali della R. Prefettura di Caltanissetta, sotto la presidenza del Prefetto, i soci della Sezione della Lega Italiana per la lotta contro il cancro, per procedere alle elezioni del Consiglio direttivo. Sono risultati eletti: presidente: prof. dott. Giuseppe Piazza; vicepresidenti: dott. Liborio Giannone, dott. Giuseppe Barbara, medico prov.; consiglieri: dott. Francesco Bongiorno, dott. Renato Cucugliata, dott. Giuseppe Dell'Aira, uff. san.; tesoriere: dott. Domenico Galletti; segretario: dott. Giovanni Villani.

Si è tenuta un'assemblea degli iscritti al G.U.F. della Facoltà medica di Roma; venne presieduta dal segretario del Guf dott. Lacava e v'intervennero il prof. E. Morelli, segretario del Sindacato Nazionale Medico, e il prof. A. Busi, preside della Facoltà.

L'Accademia di Medicina di New York ha organizzato una « quindicina di perfezionamento » dal 12 ottobre al 2 novembre; l'insegnamento verterà sulla gastro-enterologia. Per programmi e iscrizioni rivolgersi al: Dr. Frederich P. Reynolds, The New York Academy of Medicine, 2 East 103rd Street, New York City, S. U. d'A.

Al Reale Collegio dei Medici di Londra, il dott. C. H. Andrews ha tenuto due conferenze sul tema: « I virus in rapporto all'eziologia dei tumori » e il prof. O. L. V. de Wesselow ha tenuto tre conferenze sull'« Ipertensione arteriosa ».

Il dott. J. B. Morelli, professore di clinica medica a Montevideo, aveva presentato un progetto di legge al senato dell'Uruguay — del quale egli era presidente — affinchè una delle quattro cliniche mediche di Montevideo venisse trasformata in cattedra di tisiologia. Il presidente della Società di tisiologia dell'Uruguay, F. B. Gomez, ha ora diretto una lettera al decano della Facoltà, H. Rosello, affinchè questi dia un valido appoggio alla iniziativa.

La Regina d'Inghilterra ha inaugurato a Londra i nuovi locali dell'Ospedale per cancerosi; l'ingrandimento riguarda i servizi di consultazione e

di radiologia e 29 letti per pazienti con mezzi limitati.

È in progetto la ricostruzione del vecchio grande ospedale di Praga, ove sono allogate due Facoltà mediche, che fanno parte dell'Università czeca e di quella tedesca. Sono stanziati i fondi. Si comincierà a costruire un istituto per la 2ª clinica medica ezeca, in una località posta ad 8 miglia (13 Km. circa) dalla città.

L'Associazione dei medici di Praga, su proposta del prof. Samberger, ha deciso di creare, nella Casa del medico, un Museo di cultura, scienza e attività medica.

A Londra è stata organizzata un'Esposizione permanente sull'igiene dell'infanzia, presso la Fondazione Carnegie; comprende varie Sezioni, tra cui: dietetica, giochi infantili, educazione ecc.

Un anonimo ha donato una somma corrispondente a circa due milioni e mezzo di lire all'Università Ebraica di Gerusalemme, destinandola alla fondazione di un istituto per studi sulle cause e sulla cura del cancro.

Due sorelle, signorine Jennie A. e Cornelia Donnellon, hanno donato 25.000 dollari al Collegio di Medicina di Long Island, perchè venga creato un centro di ricreazione per studenti.

L'on. E. Morelli, segretario nazionale del Sindacato Medico, in seguito ad autorizzazione di S. E. Starace, segretario del P. N. F., ha vietato la costituzione di un'Associazione fra medici excombattenti.

In Inghilterra, malgrado la pletora medica, il servizio sanitario della marina da guerra viene disertato. Un « Admiralty Fleet Order » ha ora provveduto a migliorare le condizioni del personale: si è elevato il trattamento economico, così per il servizio attivo, come per le pensioni; si è anche innalzato il limite di età, da 50 a 51 anni per i tenenti e da 55 a 57 anni per i capitani.

In Polonia una recente ordinanza stabilisce che il riconoscimento dei diplomi in medicina conseguiti all'Estero, potrà avvenire solo dopo una « carenza » di dieci anni. In seguito le condizioni verranno ancora ristrette.
Queste misure sono state determinate dalla pletora medica.

Si conoscono ora i risultati definitivi dell'applicazione della legge per la cancellazione dagli albi professionali dei medici e dei dentisti di razza ebrea e appartenenti al partito comunista in Germania. Duemila medici e dentisti sono stati privati del diritto di far parte delle Casse sociali di assicurazione contro le malattie, cioè praticamente di esercitare la professione.

Il Governo czecoslovacco ha vietato ai medici delle assicurazioni sociali di prescrivere specialità straniere. Decreti governativi stabiliscono che i medicinali nazionali hanno lo stesso valore di quelli importati. I medici che prescriveranno specialità straniere senza ragioni o necessità valide, sono passibili di doverne corrispondere l'importo alle assicurazioni sociali.

Una cinquantina di studenti stranieri dell'Università di Parigi hanno fatto una dimostrazione, per protestare contro l'esclusione quasi sistematica degli stranieri dal Consiglio di disciplina dell'Università. Ne sono seguiti disordini; quattro studenti sono rimasti feriti. L'Associazione generale degli studenti ha stimato opportuno di rimandare le elezioni, a causa dello stato di eccitamento; il comitato attuale continuerà a funzionare *ad interim*.

I casi di psittacosi verificatisi in Germania durante i mesi di marzo-giugno raggiungerebbero il numero di 74, tra cui 15 mortali; specialmente colpita è stata la città di Berlino.

Si è istituita in Spagna una Commissione per le statistiche sociali.

Un gruppo di medici si è fatto promotore di un « club ippico tra le professioni sanitarie » esso raccoglierà medici, farmacisti, veterinari, dentisti, ecc. che coltivano lo sport dell'equitazione (non vi si era ancora pensato!). Inviare la corrispondenza a: C. De Hogues, rue de la Croix-Faubin 16, Paris (XIe).

I medici laureati dall'Istituto di Studi Superiori di Firenze nel 1884 e che vogliono solennizzare mezzo secolo di laurea, sono pregati di mandare l'adesione e l'indirizzo al dott. Alfonso Minuti, via Ghibellona 77, Firenze.

L'Università e l'Istituto di medicina navale e tropicale di Amburgo hanno festeggiato il 60° compleanno del prof. Peter Mühlens.

Il 14 giugno, in occasione del terzo anniversario della morte del prof. Carlo Francioni, ha avuto luogo alla Clinica dell'ospedale Gozzadini in Bologna lo scoprimento di un busto marmoreo alla sua memoria. Hanno parlato il prof. Maurizio Pincherle, successore e collaboratore di Carlo Francioni, e la contessa Carolina Isolani, che ricordò le alte benemerenze del commemorato a favore dell'infanzia.

Il dott. Louis Serrel, capo del servizio radiologico dell'Ospedale Lariboisière di Parigi, dopo varì altri interventi ha subìto l'amputazione dell'anulare sinistro.

Il Ministero dell'interno della Prussia, in seguito ad un'esplosione da vapori d'etere prodottasi nella sala operatoria di una clinica chirurgica, ha ammonito a non usare l'eteronarcosi, se non quando i vapori d'etere possono essere sicuramente e completamente eliminati.

Una Commissione nominata dal presidente dell'Ordine dei Medici di Milano prof. Baslini per studiare il metodo del dott. Schieppati per la cura del cancro, ha rassegnato le dimissioni, stimando di non poter adempiere il compito che le era stato affidato. La commissione era composta dei proff. A. Pepere presidente, L. Zoja, M. Donati, P. Rondoni, A. Valenti.

I circoli calcistici olandesi mantengono, mediante gl'introiti di partite *ad hoc*, i servizi di trasfusione del sangue, organizzati dalla Croce Rossa Olandese.

La « Guida delle villeggiature italiane », publicata dal dott. G. Radaelli, può essere utile a tutti i medici che vogliano prendersi un periodo di riposo o prescriverlo; l'edizione del 1934 costa L. 5 e risulta di 463 pagine in-16°. Richiederla all'autore (via Frescobaldi 10, Milano).

Presso il Ministero dell'Agricoltura e delle Foreste si è riunito un Comitato per l'incremento del consumo delle frutta fresche e delle verdure ed ha fatto voti e formulato proposte perchè lo smercio di questi salubri alimenti sia intensificato.

Negli stabilimenti « Italmerk » di Milano per lo scoppio di una caldaia si sviluppò un pauroso incendio. Vi furono fra gli operai della ditta stessa sei feriti e ustionati, salvati dall'accorrere dei pompieri che si prodigarono a spegnere l'incendio, il quale ha provocato danni rilevanti.

A Nottingham (Inghilterra) durante un intervento chirurgico in anestesia, il respiro e il cuore del paziente, certo Federico Wolfe, di 65 anni, si arrestarono; si decise di mettere il cuore a nudo e di massaggiarlo, per tentare la rianimazione: il risultato fu positivo, ma la vita potè essere prolungata solo di 25 ore.

È morta a Peiping, in età di 70 anni, la dott.ssa CZAMEI KIN, la prima cinese che abbia compiuto gli studi di medicina fuori di Patria, negli Stati Uniti.

Diresse per vari anni l'Ospedale femminile di Pergang; fu medichessa privata della famiglia dell'ex presidente della Repubblica, Yunan Shihkai. Era abilissima in istologia e microfotografia.

Aveva sposato un ispano-portoghese, Da Silva, musico e linguista; il loro unico figlio morì nella grande guerra.

Nel fasc. 23, p. 899, 1ª colonna, linea 17, leggere: L. SUPINO.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Novembre 1933

Malattie	30 10 5/11		6-12		13 19		20-26		27/11-3/12	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	160	973	214	1523	218	1455	238	1477	206	1192
Scarlattina	195	441	204	505	193	467	215	481	191	459
Varicella	53	96	80	176	85	171	104	235	97	281
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	350	364	409	790	326	635	316	571	247	464
Difterite e Croup	367	764	381	782	385	759	409	774	417	836
Meningite cerebro-spinale	5	5	1	1	10	10	10	10	7	8
Encefalite letargica	11	11	9	9	8	8	8	8	6	7
Poliomielite cutanea ac.	2	2	—	—	—	—	—	—	3	3
Dissenteria	8	14	8	10	8	12	11	20	4	6
Pustola maligna	23	24	19	21	16	16	24	26	18	21

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

Alimentazione del bambino sano . . . *Pag.* 991
Bacillo tifico: fasi e sensibilità . . . . » 988
Barbiturismo acuto: terapia . . . . . . » 980
Benzolismo: ricerche . . . . » 982
Bibliografia . . . . » 986
Cieco: volvolo . . . . » 989
Colecistografia rapida: ricerche . . . . » 963
Denatalità . . . . » 988
Diabete mellito: prognosi . . . . » 990
Diabetici: curva glicemica . . . . » 991
Diabetici trattati con insulina e glucosio » 990
Dinitrofenolo causa di morte improvvisa » 982
Duodeno: diverticoli . . . . » 978
Emocateresi . . . . » 976
Ernie epigastriche contenenti il legam. rotondo del fegato . . . . » 972
Ernie strozzate ed enterorragie . . . . . » 967
Fecondazione e nidazione in vergini . . » 989
Fenolftaleina: intossicazioni da — . . . » 981
Frenico-exeresi: area di ipofonesi paravertebrale . . . . » 966
Gastrectomia larga: difficoltà e mezzi per sormontarle . . . . » 979
Giurisprudenza sanitaria: quesiti . . . » 994
Glicosuria e tubercolosi renali . . . . . » 991
Glicosuria sintomatica . . . . *Pag.* 990
Gruppi sanguigni in oftalmologia . . . » 989
Immunoterapia nelle affezioni dell'occhio . . . . » 989
Iniezioni endoossee . . . . » 985
Insulina: per regolarizzarne l'azione . . » 988
Medicina cinese . . . . » 993
Morbo di Schlatter-Osgood . . . . » 989
Olivo e olio in medicina . . . . » 984
Ossa: ascesso cronico . . . . » 976
Osteite deformante . . . . » 975
Osteoporosi circoscritta del cranio . . . » 975
Osteopsatirosi (malattia di Lobstein) . » 974
Paratiroidi: studi . . . . » 992
Radiografia del cervello . . . . » 992
Radiografia del colon . . . . » 992
Reni: reinterventi . . . . » 989
Sangue: malattie del — e increti . . . » 977
Sclerosi a placche subacuta: trattam. . » 988
Secrezioni interne e morfogenesi . . . . » 988
Segale cornuta: principî . . . . » 988
Tumore del glomo carotideo . . . . . . » 989
Ulcere duodenali profonde: tecnica della resezione . . . . » 980
Uretere: correnti d'azione . . . . » 988

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

MONOGRAFIE MEDICO-CHIRURGICHE D'ATTUALITÀ

COLLEZIONE DEL "POLICLINICO"

☛ ***Di recente pubblicazione :***

N. 39) **Prof. PIETRO SISTO**

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA DELL'UNIVERSITÀ DI MODENA

Malattie da lesione delle paratiroidi

Ne riportiamo l'Indice :

Introduzione. — Cap. I. **Ricordi di anatomia.** A) Anatomia macroscopica. B) Struttura. — Cap. II. **Fisiopatologia delle paratiroidi.** — Cap. III. **Sindromi ipoparatiroidee sperimentali.** A) Effetti clinici della paratiroidectomia. B) Effetti biochimici della paratiroidectomia. C) Effetti anatomopatologici della paratiroidectomia. — Cap. IV. **Sindromi ipoparatiroidee nell'uomo.** — Cap. V. **Forme cliniche della tetania.** A) Tetania cosidetta idiopatica. B) Tetania da iperventilazione. C) Tetania da bicarbonato. D) Tetania da fosfati. E) Tetania postrachitica. — Cap. VI. **Sindromi iperparatiroidee sperimentali.** A) Innesti di paratiroidi. 1) *Sorte degli innesti.* 2) *Effetti degli innesti di paratiroidi.* B) Azione degli estratti paratiroidei. 1) *Effetti di una dose unica di paratormone.* 2) *Effetti del trattamento continuato con estratti paratiroidi.* C) Rapporti fra paratiroidi e vitamina D. — Cap. VII. **Applicazioni terapeutiche degli estratti paratiroidei.** — Cap. VIII. **Paratiroidi e malattie delle ossa.** A) La malattia ossea di Recklinghausen (osteite fibrocistica; osteodistrofia fibrocistica). 1) *La sintomatologia clinica.* 2) *L'anatomia patologica.* 3) *Interpretazione patogenetica.* — Cap. IX. **Paratiroidi e artropatie.** — Cap. X. **Paratiroidi, sclerodermia, cheloidi.** — Cap. XI. **Paratiroidi e malattie varie.** — Cap. XII. **Metabolismo del calcio e suoi rapporti con la clinica.** — **Bibliografia.**

Volume di pagine 120. Prezzo L. **16,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **13,75** in porto franco.

☛ ***Pubblicata in questi giorni:***

N. 40) **Dott. Prof. MARIO MONACELLI**

AIUTO NELLA R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA

La Leishmaniosi cutanea in Italia

con 2 tavole e 147 illustrazioni nel testo

Prefazione del Prof. P. L. BOSELLINI

Riportiamo la Prefazione che l'illustre prof. BOSELLINI si è degnato scrivere per questa pubblicazione.

« *Questa monografia fa seguito a numerose pubblicazioni che il mio aiuto prof. Monacelli ha dedicato « all'argomento della Leishmaniosi cutanea e specialmente all'illustrazione dei caratteri clinici, istopatologici « ed epidemiologici di questa affezione. Occasione a questi studi gli è stata data dall'aver egli identificato e « descritto una delle più importanti endemie, sin qui misconosciuta, di Leishmaniosi cutanea e dall'aver dia« gnosticato altri numerosi casi pure in zone ritenute indenni. Le ricerche del prof. Monacelli hanno così di« mostrato quanto rispondessero poco alla realtà dei fatti le nozioni che si avevano sulla diffusione nel no« stro Paese di una malattia ritenuta limitata a poche fra le zone più meridionali; inoltre, richiamando l'at« tenzione su l'argomento e illustrando gli speciali caratteri assunti dalla malattia nelle nostre regioni, que« sti studi hanno indirizzato altri osservatori al riconoscimento di ulteriori casi in località pure credute im« muni.*

« *La Leishmaniosi cutanea continua però ad essere poco conosciuta, particolarmente dai medici pratici « che, per la prevalente diffusione della malattia nelle campagne, avrebbero, più dello stesso specialista, op« portunità di osservarne casi, anche iniziali. La diagnosi precoce della malattia renderebbe più facile e più « sicuro il trattamento, e avrebbe anche estrema importanza dal punto di vista profilattico, riducendo la du« rata del periodo di contagiosità.*

« *Ritengo perciò che la lettura di questa monografia sia da consigliare non solo al dermatologo, che vi « troverà una nitida, ampia esposizione dei reperti clinici ed istopatologici dell'autore e la messa a punto di « quelli che sono i lati controversi del problema delle Leishmaniosi (rapporti tra forme viscerali e cutanee, « modalità di trasmissione) ma anche al medico generico le cui nozioni su la Leishmaniosi cutanea si ridu« cono molte volte al lontano ricordo di un breve capitolo di trattato, in cui l'affezione veniva posta a fianco « di malattie tropicali e rare e sommariamente descritta.*

« *Al merito del prof. Monacelli di aver dimostrato come fosse falso il concetto che faceva della Leishma« niosi cutanea una malattia di evenienza eccezionale nei nostri climi, e di aver notevolmente allargato il « limite di quelle che si ritenevano le regioni esclusivamente colpite, va ora aggiunto quello di contribuire, « con questa organica esposizione delle sue osservazioni e di quanto è acquisito su l'argomento, a una mag« giore conoscenza di una affezione della quale è ormai innegabile la notevole importanza nella nosografia « del nostro Paese.*

« Roma, giugno 1934-XII.

P. L. BOSELLINI ».

Ne diamo altresì l'Indice Sistematico :

Prefazione. — Introduzione, pagg. 1 a 7. — Distribuzione geografica del bottone d'Oriente e Casistica Italiana, pagg. 8 a 20. — « Leishmania Tropica » e suo modo di trasmissione. Epidemiologia, pagg. 21 a 35. — Sintomatologia, pagg. 36 a 45. — Casistica personale, pagg. 46 a 90. — Anatomia patologica, pagg. 91 a 139. — Diagnosi clinica e biologica, pagg. 140 a 149. — Terapia e Profilassi, pagg. 150 a 158. — Indice Sistematico.

Volume in-4°, di pagg. IV-160, nitidamente stampato in carta patinata, con 147 figure nel testo e due tavole fuori testo. Prezzo L. **25,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **21,50** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra, inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.